

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 51

DE LA

NÉVRALGIE FACIALE

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

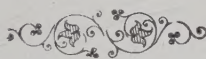
le 26 novembre 1882

PAR

RUFFIANDIS

Né à Mosset (Pyrénées-Orientales)

Pour obtenir le titre de Docteur en médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5
1882

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT * ✕ DOYEN
 DUMAS * /
 CASTAN \ ASSESSEURS

Professeurs.

Opérations et appareils.	BOUISSON, O. * ✕, D. HON.
Pathologie externe.	BOYER *.
Accouchements.	DUMAS *.
Clinique médicale.	DUPRÉ * C ✕.
Anatomie.	BENOIT * ✕.
Clinique chirurgicale.	COURTY *.
Clinique médicale.	COMBAL * ✕.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER *.
Physique médicale.	MOITESSIER *.
Anatomie patholog. et histologie.	ESTOR
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL *.
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie médicale.	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médic.	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur. méd.	PLANCHON * ✕.
Physiologie, chargé du cours.	LANNEGRACE.
MARTINS (O. *) FONSSAGRIVES (O. *), Professeurs honoraires.	

Chargés de Cours :

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATTLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN, agrégé.

Agrégés.

MESSIEURS :	MESSIEURS :
JACQUEMET.	CHALOT.
PÉCHOLIER.	BIMAR.
GRYNFELTT.	LANNEGRACE.
DE GIRARD.	MOSSÉ.
SERRE.	REGIMBEAU *.
ROUSTAN.	TÉDENAT.
CARRIEU.	DUMAS fils.
MAIRET.	

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire,

Examineurs de la Thèse :

MM. DUPRÉ, président ;
 GRASSET, professeur ;
 GRYNFELTT, agrégé.
 CARRIEU, agrégé ;

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES FRÈRES

RUFFIANDIS.

A MES ONCLES ET LEUR FAMILLE

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur DUPRÉ

A MES MAITRES

A mes Amis

Les Docteurs CANTIÉ, CHÈNE, FABRE,
MIRAPEIX, POUGET

TARRIUS, Pharmacien de 1^{re} classe

RUFFIANDIS.

INTRODUCTION

En suivant les cliniques de nos Maîtres, MM. Combal et Dubrueil, nous avons été frappé par les terribles symptômes de la névralgie faciale, symptômes d'autant plus émouvants qu'ils ne nous semblent pas en rapport avec la lésion anatomique.

Cette maladie, par son siège, par les désordres de toute espèce dont elle s'accompagne, est bien faite pour attirer l'attention des praticiens. Les dénominations multiples qu'on lui a données, les nombreux moyens thérapeutiques employés pour la combattre, démontrent surabondamment les différents aspects sous lesquels on l'a envisagée et l'importance de son étude.

Nous avons été amené ainsi à en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous avons divisé notre ouvrage en huit parties.

Dans la première, nous esquissons rapidement l'historique de la névralgie faciale, dont les causes font l'objet du second chapitre. Ici nous n'adoptons pas la classification que donne Jaccoud dans son *Traité de pathologie interne*, parce qu'elle ne nous paraît pas assez clinique.

Dans le troisième chapitre, nous avons passé en revue tous les caractères de la douleur et les différentes variétés que présente la maladie.

Dans le quatrième, après avoir dit quelques mots sur l'anatomie pathologique, nous groupons sous le titre de physiologie pathologique, des phénomènes que beaucoup d'auteurs ont décrits avec les symptômes. Il nous a paru rationnel de séparer

la douleur, symptôme essentiel de la maladie, des perturbations sensorielles, des mouvements convulsifs, des troubles de la circulation et de la nutrition qui compliquent les cas intenses selon que la névralgie est plus ou moins pernicieuse, et qui sont sous l'influence de cette névralgie.

Dans le cinquième chapitre, nous décrivons la marche variable de l'affection, sa durée et sa terminaison.

La sixième partie est consacrée au diagnostic différentiel de la prosopalgie et des affections douloureuses qui siègent à la tête ou à la face.

Dans le septième chapitre, à côté d'observations personnelles, nous rapportons quelques succès dus à la méthode chirurgicale.

Dans la huitième partie, après avoir énuméré les différents traitements médicaux, qui sont souvent inefficaces, nous posons les indications des traitements chirurgicaux qui, quoique n'étant pas infaillibles, donnent cependant beaucoup de succès.

Nous ne prétendons par avoir bien rempli le cadre que nous venons de tracer, mais nous espérons que nos Juges tiendront compte de notre bonne volonté et de nos efforts.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

NÉVRALGIE FACIALE

CHAPITRE I^{er}

HISTORIQUE.

M. le professeur Grasset, dans son excellent *Traité des maladies nerveuses*, fait remarquer que «au point de vue historique, c'est par cette névralgie (*du trijumeau*) qu'a commencé la connaissance des névralgies en général.»

Hippocrate parle vaguement de douleurs intermittentes, naissant dans la tempe et se propageant vers la nuque et le cou.

«*Caput intumescebat retro ad verticilla, et distensio et di-creties circum tendines, et ubi caput commovere aut dentes diducere conabatur non poterat, ut qui valde distendebatur.*»

On cite bien encore de lui un autre passage, mais on ne saurait y trouver, comme dans celui qui précède, l'intermittence de la douleur.

Celse appelle le spasme cynique de la névralgie faciale « *distensio oris.* »

Arétée expose plus nettement cette maladie. Le premier, il précise le siège de la douleur; d'après lui, les tempes, les oreilles, les sourcils sont d'abord et principalement atteints.

L'affection est continue ou intermittente. En outre, il a le mérite d'avoir esquissé une classification des différentes formes de *céphalée*. Il a même donné des détails intéressants sur quelques cas de céphalée légère méconnue par ses successeurs. Malheureusement, pour être tout-à-fait complet, il ne parle pas de l'effet de la pression sur les points douloureux.

Coelius-Aurélianus décrit le *raptus capinus* qui semblerait plutôt se rapporter au tic non douloureux.

Il faut arriver au XVIII^me siècle pour trouver quelques documents un peu précis. Marc-Aurèle Sévérin (1724), parle de la névralgie faciale, qu'il appelle « *impressura.* » En outre, il rapporte deux observations remarquables de névralgie très-rebelle. A la même époque, paraissent divers mémoires très-intéressants, parmi lesquels nous citerons ceux de Wepfer (1727), de Hartmann (1724), de Dégner (1724).

Jusqu'ici rien de précis; malgré les efforts d'Arétée, il existe une grande confusion même dans l'énumération des symptômes. C'est à un chirurgien français, André, que revient l'honneur d'élucider un peu l'étude de la névralgie faciale dont il a laissé une description saisissante. « Le malade, dit-il, éprouve des douleurs plus ou moins vives. Il fait des grimaces hideuses qui mettent un obstacle invincible à la réception des aliments, qui éloignent le sommeil et interceptent souvent l'usage de la parole. Il est en proie à des agitations qui, quoique vagues et périodiques en elles-mêmes, sont néanmoins si fréquentes, qu'elles se font sentir plusieurs fois dans un jour, dans une heure, quelquefois sans relâche et se renouvellent à chaque

minute. » Évidemment, cela a trait aux cas rebelles et intenses, aussi il donne à cette maladie le nom de *tic douloureux*, qu'il distingua du tétanos et du spasme cynique.

En 1768, Sauvages décrivit dans sa *Nosologie* la névralgie faciale, sous le titre de *Trismus dolorificus*. Un médecin anglais, Pothergill, dans un excellent ouvrage intitulé : *On the painful affection of the face* (1773), distingua la névralgie faciale de l'odontalgie, mais la confondit malheureusement avec le rhumatisme de la face. Il l'attribuait, à cause du caractère lancinant des douleurs, à un vice cancéreux.

Thouret (1782) pressentit les véritables causes de la maladie et précisa le siège des douleurs. Pujol (de Castres) (1787) admettait comme causes de la névralgie du trijumeau trois humeurs : goutteuse, scorbutique et catarrhale.

En 1800, Chaussier substitua le nom de névralgie faciale à celui de tic douloureux ; il étudia les symptômes et trouva presque la vraie étiologie de cette affection. Il distingua quatre espèces de névralgie, frontale, sous-orbitaire, maxillaire et du facial. Mèglin (1816) dans son mémoire intitulé : *Recherches sur la névralgie faciale ou tic douloureux*, regarde cette maladie comme essentiellement convulsive et propose comme traitement des pilules renfermant des médicaments antispasmodiques.

Reverdit (1817), dans sa thèse, insiste sur la douleur que produit la pression dans le tic douloureux, et Barbarin (1817) propose comme moyen de traitement les frictions et la compression sur les parties affectées. Régnier (1819) parle de l'effet d'une forte pression qui amoindrit les douleurs.

Lombard (1831), et Bloglia dal Persico (1833), conseillent pour le traitement de la névralgie faciale, le premier, le cyanure de potasse à l'extérieur, le second, l'eau cohobée de feuilles de laurier-cerise en lotions. Chaponnière (1832) en précisa le siège et les causes de cette maladie, dont Bellingeri (1834) dis-

tingua trois espèces, inflammatoire, irritative et nerveuse, tout en insistant sur l'intermittence des douleurs.

Bérard (1835-36) souleva la question suivante: le trijumeau seul est-il le siège des douleurs dans la névralgie de la face ? Pour lui le facial n'est pas atteint. Jobert (de Lamballe) soutint que tous les nerfs de la face sont sujets à cette maladie. Les recherches récentes ont donné raison à Bérard.

Valleix (1841) a beaucoup contribué à l'étude de la maladie qui nous occupe, en décrivant les foyers douloureux qu'on a depuis applés *les points de Valleix*; il a déterminé minutieusement leur situation et a recherché l'influence du mauvais état des dents comme ceux de la névralgie du trijumeau.

A une époque plus rapprochée de nous, il faut signaler les travaux de Monneret, Fleury, Romberg, Axenfeld, Trousseau, Serres, Marchal (de Calvi), Gron (de Philadelphie), Vulpian, Jaccoud, Charcot et Grasset (de Montpellier).

En résumé, l'histoire de la névralgie de la face peut se diviser en trois époques bien tranchées: dans la première la maladie est pour ainsi dire simplement signalée. Les anciens en connaissaient à peine quelques symptômes. Dans la seconde, que nous plaçons au XVIII^e siècle, les symptômes furent étudiés avec soin et dans la troisième on a précisé les causes, le siège des douleurs, et on a posé les indications thérapeutiques.

CHAPITRE II.

DÉFINITION. — CAUSES.

On donne le nom de *névralgie faciale* à une maladie caractérisée par des douleurs plus ou moins vives, intermittentes, venant par accès périodiques ou irréguliers, ayant leur siège dans une ou plusieurs branches du trijumeau et qui ne sont pas accompagnées de phénomènes généraux.

Le nom de névralgie du trijumeau pourrait amener une confusion avec d'autres hyperesthésies, qui, elles aussi, se passent dans le domaine de ce nerf; mais la clinique est venue en aide à l'anatomie pour éclairer le diagnostic de la maladie qui nous occupe et la différencier des autres désordres de la sensibilité ayant le même siège.

Cette affection est assez commune; elle occupe le troisième rang, après la névralgie intercostale et la sciatique. Quoiqu'on en ait dit, elle s'observe dans tous les pays.

Elle est à peu près aussi fréquente dans les deux sexes; chez les femmes, elle prédomine de 20 à 30 ans à cause des perturbations survenant dans les actes physiologiques, tels que la menstruation, la grossesse, la lactation, qui caractérisent cette période de leur vie.

Chez les hommes, on l'observe surtout de 30 à 40 ans. La névralgie faciale qui est très-rare dans l'enfance, l'adolescence et la vieillesse, est donc une maladie de la période moyenne de la vie.

CAUSES.

L'étude des causes de la névralgie du trijumeau est très-importante surtout considérée au point de vue du traitement, qui, pour sortir de l'empirisme et être approprié à tous les cas, doit se baser sur les conditions de la nature de la maladie.

M. Jaccoud, dans son remarquable *Traité de pathologie interne*, divise les causes de la névralgie faciale en quatre groupes, savoir : 1° causes intrinsèques ; 2° causes extrinsèques directes ; 3° causes extrinsèques réflexes ; 4° causes constitutionnelles. Pour nous, nous n'adopterons pas cette classification basée sur la physiologie pathologique, qui à nos yeux est trop savante et qui ne nous paraît pas assez clinique.

Ainsi dans les causes intrinsèques, le savant professeur de Paris place à côté la névrite, la congestion du névrilème due au froid, les différentes lésions du névrilème, les formations fibreuses dans l'interstice des faisceaux du nerf et le cancer des tuniques nerveuses. Or, quelle relation peut-il exister entre l'hypérémie à *frigore* et le cancer du nerf ? Sans doute, la conséquence physiologique, l'hyperesthésie, est la même, mais ces causes sont trop différentes pour pouvoir marcher ensemble. Dans la seconde classe, il fait intervenir les causes qui, dans tout le trajet du nerf ou de ses branches terminales ou même dans leur voisinage immédiat, peuvent produire sur eux une impression anormale : ce sont les tumeurs de la base du crâne, les exsudats méningés, les anévrismes de la carotide, les lésions du rocher, les affections ophthalmiques, les tumeurs osseuses, les corps étrangers, les plaies et les caries dentaires. Il ne nous semble pas logique de réunir dans un même groupe une tumeur de la base du crâne et une plaie de la face ; encore le

clinicien doit-il connaître de quelle nature est une tumeur de la base du crâne, s'il diagnostique cette tumeur. Comme causes extrinsèques indirectes, M. Jaccoud admet au même rang les lésions traumatiques des membres et les lésions chroniques des centres nerveux : il y a cependant pour ce but final, qui doit être le traitement de la névralgie, une différence énorme entre un malade atteint d'anémie cérébrale et un autre malade qui aurait reçu un coup de couteau dans le plexus brachial. Et même dans le dernier groupe, celui des causes constitutionnelles qui en impose par ses apparences d'uniformité et de parenté, nous pouvons encore relever quelques différences patentes. La syphilis, par exemple, peut amener la névralgie, soit par le virus qui a vicié le sang du malade, soit par l'intermédiaire des différents néoplasmes que cette diathèse provoque dans les os et dans les parties molles.

Pour nous, comme toutes les autres névralgies, celle du trijumeau, au point de vue des causes, est idiopathique, sympathique ou symptomatique.

1° Comme causes de névralgie trifaciale idiopathique, nous citerons le froid, le froid humide, l'humidité et surtout les alternatives brusques de température.

Cette maladie, l'observation et la statistique sont là pour nous le prouver, débute surtout en hiver, au printemps et en automne. Le froid qui provoque le début de la maladie, sans doute par les changements qu'il imprime à la circulation, provoque aussi ses accès lorsque l'affection est installée. En effet, chez un malade dont nous rapportons l'observation (Obs. II), le froid a été la cause du début ; et dans l'observation I le froid provoquait ou exaspérait les accès. M. le professeur Benoît, dans son cours, citait l'année dernière le cas d'un malade chez lequel l'impression du froid avait fait naître une névralgie trifaciale ; il s'était trouvé exposé dans un wagon à un courant d'air pro-

voqué par l'ouverture brusque d'une portière ; la névralgie se déclara presque instantanément.

L'action de ces causes est tellement évidente, qu'on serait tenté de faire de la névralgie du trijumeau une affection catarrhale ; car, en effet, elle abonde lorsque la constitution médicale fait naître les maladies qui se rattachent à ce groupe.

Valleix, et beaucoup d'auteurs après lui, ont donné une grande importance à cet ordre de causes ; pour nous, nous croyons que le froid est souvent, non pas la cause, mais le prétexte, qu'on nous permette cette expression, de la névralgie. Avec M. le professeur Grasset, nous plaçons en tête des causes de la névralgie, cet état de nervosisme qui prédispose si bien ses victimes aux affections névralgiques, que la moindre impulsion fait ensuite éclater. Aussi, souvent la vraie cause serait inhérente même au système nerveux du malade, et le froid ne ferait que provoquer la névralgie. C'est ce qui est arrivé pour le malade de notre 2^{me} observation.

2^o Quand la névralgie est sympathique, les causes n'affectent pas directement le trijumeau ; elles se portent soit sur un autre nerf ou sur un organe plus ou moins voisin, soit sur les centres nerveux ; de là par irradiation réflexe, leur excitation se propage jusqu'à l'origine réelle du trifacial et provoque ainsi la névralgie.

Ces névralgies, d'origine réflexe, sont relativement rares. Andral (Cliniques de la Charité) parle d'un malade atteint d'une névralgie des régions frontale, pariétale et temporale, chez lequel on trouva à l'autopsie une injection considérable du tissu cellulaire sous-arachnoïdien et de la substance grise de la convexité de l'hémisphère gauche. Plus loin, le même auteur cite un malade chez qui la névralgie succéda à une migraine ; l'autopsie révéla une hypertrophie avec anémie du cerveau.

Cerise raconte l'histoire d'une dame qui avait une névralgie due à une tumeur de la matrice.

La cessation du flux menstruel ou hémorrhoidal, les anévrismes de la carotide (Romberg), la carie du rocher (Lippich), les rétrécissements et l'ostéopériostite des canaux osseux que traversent les branches du trijumeau, les corps étrangers (Bonafont, Jeffreys, Allen), les plaies, la compression (Rovry), les cicatrices peuvent aussi, par action réflexe, provoquer la névralgie.

L'influence des lésions dentaires sur la prosopalgie a été diversement appréciée par les auteurs; les uns, Bérard (1835-36) et Valleix (1841) en tête, l'ont niée, parce que, comme le dit Chaponnière, « dans de nombreuses observations, on a fait extraire des dents sans obtenir aucun amendement. » D'autres l'ont exagérée, puisque très-souvent on a, d'après les conseils de certains médecins, arraché successivement toutes les dents d'un côté de la bouche sans aucun avantage. Nous irons même plus loin en avançant que l'avulsion et surtout l'avulsion maladroite des dents peut ou faire naître la névralgie ou en exaspérer les symptômes. C'est ce qui est arrivé à un de nos malades (Obs. II). Le rôle de la carie dentaire est évident, puisque souvent les douleurs cessent après l'avulsion d'une dent lésée.

Le coryza peut aussi être une cause de névralgie, Hamel (1803), Chaponnière, Hartenhell, Dezeimeris, Rennes, Lemaire (1841), Chataignon (1809). Nous en avons vu un cas chez un malade qui eut d'abord quelques élancements douloureux dans toute la moitié droite de la face, puis en même temps que les douleurs persistaient il eut une vive inflammation de la cavité nasale du même côté, avec hypersécrétion de la muqueuse, symptômes qui survécurent longtemps à la douleur.

3° Nous avons peut-être forcé un peu le cadre des névralgies de causes réflexes pour n'étudier comme symptomatiques que celles qui sont dues à un état constitutionnel diathésique quelconque. Pour nous, nous croyons que c'est là le groupe des causes vraies des névralgies. Dans cette classe rentrent toutes

les diathèses, tous ces états débilitants de l'organisme qui prédisposent aux hyperesthésies. Il est rationnel d'adopter deux ordres : 1° causes directes ; 2° causes indirectes. Les premières, lorsque l'altération du sang agit sur les centres nerveux ; les secondes, lorsque la névralgie est produite par un intermédiaire qui vient léser le nerf ; intermédiaire dû, lui, à une diathèse. La syphilis, surtout, est dans ce cas. Trousseau, lui aussi, a attribué une importance très-grande à ce groupe, puisqu'il dit que, à vrai dire, il n'y a que des névralgies symptomatiques. « En tête des causes, dit M. le professeur Grasset, dans son Traité des maladies du système nerveux, il faut placer l'état névropathique général appelé improprement diathèse nerveuse, nervosisme, mais sur l'existence duquel tout le monde s'entend ; état spécial de faiblesse du système nerveux qui appartient à une personne ou à une famille et qui se manifeste par des névroses variées (épilepsie, hystérie, aliénation mentale), par des maladies du système nerveux (de la moelle, du cerveau, etc.). » Plus loin, le savant professeur de Montpellier ajoute : « L'hérédité est la première des causes de cet état névropathique », et ce nervosisme n'est pas une diathèse, comme on le dit très-souvent, c'est la manifestation d'une des diathèses communes. »

Chez les deux malades, dont nous rapportons les observations, cette influence névropathique est très-manifeste.

M. le professeur Grasset accuse beaucoup l'anémie. On connaît le vieil adage : *Sanguis moderator nervorum*, et la célèbre métaphore de Romberg, « la douleur n'est alors que la supplication des nerfs qui implorent un sang plus généreux. »

Cet état de l'organisme anémique que l'on a appelé avec raison *faiblesse irritante*, amoindrit la résistance aux causes extérieures.

La syphilis, soit directement, soit indirectement (Léon Gros et Lancereaux 1861), le rhumatisme et la goutte produisent souvent la prosopalgie. Trousseau attribue une si grande in-

fluence à l'épilepsie qu'il a, peut-être à tort, donné à cette névralgie le nom d'*épileptiforme*. Le Dr Francis Anstie, médecin à l'hôpital de Westminster, dit que Trousseau « a eu une inspiration juste dans cette vue qui l'a conduit à imposer cette dénomination d'épileptiforme, quoique cette dénomination elle-même, ce qu'on ne saurait contester, ne soit pas des plus heureuses. Et, en effet, n'est-il pas bien fâcheux, par exemple, d'induire les esprits ordinaires à s'arrêter trop strictement à l'aspect convulsif de l'accès douloureux plutôt qu'aux remarquables conditions de constitution et d'hérédité qui distinguent les victimes de cette maladie ? Il est vrai, d'un autre côté, que le mot *épileptiforme* peut servir à appeler l'attention sur la réelle et importante parenté qu'il y a entre l'épilepsie et certaines formes de névralgie faciale. »

Cette maladie peut être due à l'intoxication par le plomb ou le mercure, aux cachexies tuberculeuses, alcooliques, albuminuriques. On a exagéré l'influence de la cachexie palustre à cause des intermittences de la névralgie tri-faciale qui n'est pas toujours, quoiqu'on en ait dit, une fièvre larvée.

CHAPITRE III

SYMPTÔMES. — VARIÉTÉS.

La douleur est le principal, souvent même l'unique symptôme de la névralgie faciale, elle suffit pour la caractériser (Gintrac). Cette douleur affecte des formes réellement variées, et est tellement intense, que les malades cherchent souvent des expressions bizarres pour pouvoir rendre compte de ce qu'ils éprouvent. Tantôt elle est lancinante, fulgurante, pongitive; tantôt elle imite la douleur de torsion, de brûlure, d'arrachement ou de perforation. Les malades se roulent par terre, se frappent la tête, se frictionnent violemment la partie douloureuse en poussant de grands cris,

Ces-douleurs n'atteignent presque toujours qu'un seul côté; elles se limitent quelquefois à un point ou à une seule branche nerveuse; ainsi il y a des malades qui dessinent très-bien avec le doigt le trajet du nerf affecté; mais souvent plusieurs branches du trijumeau ou le trijumeau en entier se trouvent lésés.

La maladie peut affecter deux formes différentes qui peuvent exister séparément, mais qui souvent se rencontrent réunies chez un même malade; tantôt la douleur est continue, sourde, et très-violente; souvent elle ne siège que sur certains points du trajet des nerfs. auxquels Valleix a donné son nom: nous y reviendrons plus loin; tantôt la douleur est intermittente, lancinante, revenant plus ou moins régulièrement et durant à peine quelques secondes.

Ces élancements partent d'un foyer et parcourent une ou plusieurs branches nerveuses. Il se font sentir souvent dans un certain temps assez restreint, et constituent alors des accès qui peuvent revenir soit le jour soit la nuit. Lorsque plusieurs accès se groupent dans un certain temps donné, ils constituent une attaque. Les accès et les attaques, tout comme les douleurs, sont périodiques ou irréguliers. Souvent au début de la maladie, les attaques et les accès sont assez espacés; puis à mesure que les douleurs deviennent de plus en plus intenses, ils se rapprochent de plus en plus. C'est ce qu'ont éprouvé les malades qui font l'objet de nos observations. Souvent ces deux variétés de douleurs que nous venons d'étudier se trouvent réunies. Dans notre observation I, le malade a toujours eu des douleurs sourdes, peu intenses; de temps en temps, il éprouvait des douleurs vives, intermittentes; ces accès se sont peu à peu multipliés en même temps que les douleurs devenaient plus violentes.

Chez le premier malade, au contraire, pas de douleurs sourdes; ici il n'y a que des accès qui reviennent irrégulièrement et qui durent quelque temps; les douleurs quand elles apparaissent sont fulgurantes et atroces; mais quand elles ont cessé, tout rentre dans l'état normal.

A propos de ce malade, nous relevons encore un phénomène qui paraît assez rare et qui est très-précieux, surtout pour ceux qui, comme Trousseau, relient la névralgie faciale à l'épilepsie; pendant le moment rapide qui précédait immédiatement la douleur, le malade éprouvait dans les branches nerveuses atteintes une sensation de chatouillement, de mouvement, comme un cordon qu'on secouerait en tirant un peu sur lui. N'est-ce pas là comme une espèce d'*aura* comparable à l'*aura* de la grande névrose?

La douleur se fait sentir non seulement dans un point unique, mais souvent dans plusieurs points à la fois, sans suivre aucune

distribution anatomique régulière ; elles vont du centre à la périphérie et *vice versa*, s'élançant du haut en bas, d'avant en arrière, mais la distribution reste uniforme chez un même malade. Quelquefois même elles s'irradient vers le plexus cervical, vers la région occipitale, vers l'épaule, vers la région néo-claviculaire. Elles sont brutalement instantanées et intermittentes. La moindre excitation les provoque ou les exaspère ; l'action de parler, de marcher, de se moucher, de souffler, d'éternuer, de mâcher les réveille. Il suffit, quelquefois, de souffler sur la partie malade, de la châtouiller légèrement, de tirer les poils ou les cheveux pour les faire naître. Les malades ne se lavent pas, ne se font pas raser, ils n'osent pas même manger ni boire, car le chaud et le froid leur font éprouver des sensations atroces.

La pression sur les points auxquels Valleix a attaché son nom agit aussi dans le même sens. Nous empruntons à peu près entièrement à cet auteur leurs descriptions :

A. BRANCHE OPHTHALMIQUE. — 1^o *Point sous-orbitaire*. — C'est un des plus remarquables et des plus frappants. Il siège au niveau de l'émergence du nerf frontal et principalement du frontal externe à sa sortie du trou sus orbitaire. La douleur n'est pas toujours fixée dans le même lieu ; enfermée dans la direction du nerf frontal interne, dans les sinus frontaux, le grand angle de l'œil et la paupière supérieure, elle se répand quelquefois au loin dans les divisions du frontal externe et même dans ses nombreuses anastomoses ; elle s'accompagne de congestion de l'œil, de photophobie, de larmolement, de mouvements convulsifs de certains membres de la face.

2^o *Point palpébral*. — Il correspond à l'émergence du nerf lacrymal à la partie externe de la paupière supérieure.

3° *Point nasal*. — Il occupe la partie supérieure et latérale du nez, un peu au-dessous et en dedans du grand angle de l'œil, il répond à l'émergence du nerf nasal.

4° *Point oculaire*. — Il a pour siège le globe de l'œil lui-même ; la douleur occupe le fond de l'orbite, elle est en général vive, compressive, dilacérante ; l'œil est tantôt saillant, tantôt enfoncé, larmoyant, rouge, injecté ; la vue est momentanément affaiblie.

B. BRANCHE MAXILLAIRE SUPÉRIEURE. — 1° *Point sous-orbitaire*. — Bien qu'il ne soit pas en première ligne sous le rapport de la fréquence, il mérite de fixer l'attention des médecins à cause de son siège précis, c'est-à-dire au point de terminaison du nerf maxillaire et de son épanouissement à la sortie du trou sous-orbitaire lui-même. La douleur qui réside spécialement en ce dernier point, au-dessous de la paupière inférieure, se propage quelquefois à toute la joue, à la tempe correspondante, au nez, au sinus maxillaire ; elle augmente pendant la déglutition, par la mastication ; elle s'accompagne d'une sécrétion plus abondante de mucosités nasales, tantôt d'une agitation convulsive, tantôt d'une véritable immobilité des muscles de la face.

2° *Point malaire*. — La joue est souvent indiquée comme siège d'une douleur. Ce point douloureux, qui correspond au rameau malaire, peut être très-limité.

3° *Point dentaire*. — La douleur existe au niveau des dernières molaires supérieures, se propage dans l'intérieur de la bouche, à la partie interne de la joue, détermine souvent des mouvements convulsifs dans les muscles de la face, un ptialisme plus ou moins abondant.

C. BRANCHE MAXILLAIRE INFÉRIEURE. — 1° *Point temporal.* — Il est très-fréquent. Il a son siège à la partie inférieure de la région temporale, un peu au devant de l'oreille.

2° *Point pariétal.* — Il est situé au-dessus de la bosse pariétale à la partie postérieure de la suture sagittale, au point de réunion de la branche frontale du trijumeau, de la temporale superficielle et de l'occipitale (nerfs cervicaux).

3° *Point lingual.* — Difficile à limiter ; la douleur occupe tout un côté de la langue, le lieu d'émersion du lingual entre la langue et la glande sublinguale.

4° *Point labial.* — Il siège à la lèvre inférieure.

5° *Point mentonnier.* — La douleur a pour siège exclusif la portion du nerf dentaire inférieur qui parcourt le canal creusé dans la mâchoire inférieure et la houpe nerveuse qui sort par le trou mentonnier. Souvent elle se propage aux dents, au menton, à la partie moyenne de la lèvre inférieure et même au devant de l'oreille.

Il existe un autre point curieux que Trousseau a mis en lumière. « On peut établir en thèse générale, » dit Trousseau dans ses cliniques, « que dans les névralgies, les apophyses » épineuses sont douloureuses à la pression dans le point correspondant à celui d'où le nerf sort du trou de conjugaison. » Dans la névralgie du trijumeau, la pression des apophyses épineuses des deux premières vertèbres cervicales est douloureuse. »

Trousseau l'avait trouvé chez tous ses malades, aucun des nôtres ne l'a présenté ; chez un, au contraire, les points de Valleix étaient très-manifestes et très-sensibles.

Beaucoup d'auteurs ont apprécié différemment la valeur de la pression sur ces points ; les uns, et Valleix en tête, affirment que la moindre excitation produite sur eux réveille ou exaspère les douleurs qui sont en raison directe de l'excitation. Romberg nie cette influence, et il va même plus loin en disant que la pression en ces points diminue la douleur. Bell parle d'un malade qui arrêta ou prévenait les élancements par la pression avec les extrémités digitales sur certains points de Valleix, en même temps qu'il restait immobile.

Nous nous trouvons ici en présence de deux opinions tout-à-fait opposées ; il ne nous est pas permis de mettre en doute le talent observateur de Valleix, de Trousseau, de Romberg ni de Bell ; ils ont bien vu et bien observé. Mais ce qu'ils n'ont peut-être pas distingué, c'est la différence qu'il y a entre la pression faite avec le bout du doigt appliqué fortement sur un point de Valleix, et la pression faite par toute la main sur toute une région douloureuse ; celle-ci est calme ou du moins amoindrit la sensation, celle-là au contraire l'irrite ou la provoque. En effet, chez nos deux malades, en appuyant fortement l'index sur les points d'émergence des branches nerveuses qui étaient le siège des douleurs, on les réveillait ; il nous est même arrivé deux ou trois fois de provoquer chez eux en nous livrant à ces recherches, des accès tellement pénibles, que nous nous reprochions amèrement de ne pas avoir accepté, comme bien venu, tout ce que disent les auteurs à ce sujet et d'avoir poussé si loin le contrôle. Et ce qui peut étonner beaucoup, c'est qu'au moment de l'accès, nos deux malades portaient vivement leurs mains sur la partie malade qu'ils frictionnaient vigoureusement sous prétexte que cela atténuait un peu la sensation.

Une autre remarque sur laquelle les auteurs qui ne sont pas d'accord sur la valeur des points de Valleix, n'ont pas peut-être assez insisté, est celle-ci : Vous comprimez fortement une branche nerveuse à son point d'émergence des parties profondes

et vous continuez quelque temps cette pression ; que va-t-il se passer ? Au début, les douleurs seront plus vives, mais bientôt cette branche nerveuse que vous comprimez perdra momentanément son pouvoir conducteur, et si la cause de la névralgie siège entre l'endroit comprimé et le bout périphérique, les sensations ne pourront pas être perçues par l'encéphale ; le contraire arriverait si la cause siègeait entre l'endroit pressé et les centres de perception. Donc, ces différents résultats de la pression vont devenir pour le clinicien un moyen de diagnostic.

Pour expliquer les douleurs dues à la pression sur les points de Valleix et qu'on ne trouve pas ailleurs, on a admis la compression des *nervi nervorum* ou des petites fibres nerveuses qui se trouvent alors comprimées. S'il nous était permis d'avoir une opinion là-dessus, après tant d'observateurs habiles et savants, nous dirions que la production des douleurs dans ces points tient probablement à des conditions anatomiques spéciales ; en effet, remarquons qu'en cet endroit, les nerfs se courbent et ne suivent pas un trajet rectiligne ; il n'est pas impossible, qu'à cause de cette incurvation, la circulation se trouve gênée, ce qui peut déterminer une irritation constante que la pression vient exaspérer en même temps qu'elle entrave tout-à-fait la circulation.

Il faut encore noter que la douleur ne se produit pas toujours sur le point pressé, et cela à cause des connexions ganglionnaires des nerfs entre eux. L'intermittence de la douleur, qui avec juste raison, pourrait nous étonner, s'explique par la loi de l'épuisement en vertu de laquelle « les actions nerveuses ne sont pas continues, elles sont interrompues par des phases de repos qui surviennent fatalement par l'épuisement de l'excitabilité, alors même que l'excitation est persistante. » (Jaccoud.)

Nous ne pourrions terminer la symptomatologie, sans parler du rapport qui existe entre le siège de la douleur et le nerf affecté. Certains auteurs, Boyer et Bérard entre autres, affir-

ment qu'elle occupe exactement le trajet du nerf qui est atteint sans empiéter sur le domaine des autres. D'autres auteurs prétendent qu'elle se fait sentir dans plusieurs points innervés par des branches différentes. On a même cité des cas dans lesquels les douleurs occupaient des régions où le scalpel de l'anatomiste ne peut découvrir la branche du nerf affecté. La douleur spontanée a réellement un siège variable ; mais la douleur de pression a des localisations fixes.

Variétés. — Trousseau, dans ses incomparables cliniques, dit qu'il y a deux variétés de prosopalgie : « l'une et c'est la plus commune, est caractérisée par des douleurs névralgiques, non accompagnées de mouvements convulsifs ; l'autre est accompagnée de mouvements convulsifs. Je la désigne sous le nom de *tic*, et je l'appelle tic douloureux, pour le distinguer de ce qu'on entend ordinairement et de ce qu'on entend avec raison par tic. »

Comme on a pu le remarquer, nous avons évité à dessein jusqu'ici de parler de ces mouvements convulsifs, d'employer même le mot de tic. Nous croyons que « ce n'est pas là un phénomène essentiel », comme l'a dit M. le professeur Grasset. Ces mouvements convulsifs, qui manquent toujours dans les cas simples dont le seul symptôme est une douleur plus ou moins vive, viennent compliquer les névralgies intenses, invétérées, alors que la maladie atteint son summum. Ainsi, chez nos deux malades, qui certes, on ne peut le nier, étaient à ce point, ces spasmes ne s'étaient présentés que longtemps après les premières atteintes relativement bénignes et légères.

Ce que Trousseau a merveilleusement décrit sous le nom de névralgie épileptiforme, n'est pas pour nous une maladie différente de la névralgie trifaciale ; c'est la même affection envisagée dans les cas extrêmes et extraordinaires, avec une malignité excessive. La névralgie épileptiforme, comme Trou-

seau lui-même le reconnaît, n'est pas toujours un symptôme de l'épilepsie. Remarquez que je ne dis pas toujours, car Trousseau rapporte des cas où l'influence de l'épilepsie est évidente. Il n'y a entre ces deux affections « qu'une grande analogie et non point identité. » (Trousseau.) Elle a, dit-il, toutes les allures de l'aura épileptique, elle en a la soudaineté, la durée et presque l'incurabilité. Quand on vient de lire l'article de Trousseau, on voit que cette parenté entre ces deux maladies lui tient à cœur. Malgré lui, il avoue que ce n'est là qu'une analogie et cet aveu a tout l'air d'une restriction forcée. Il faut avouer cependant qu'il y a réellement quelque ressemblance entre ces maladies; il n'est pas étonnant que Trousseau ait eu l'idée de les rapprocher, lui qui a si bien recherché et étudié les grandes causes, les diathèses.

Il est une autre variété de névralgie faciale dont le professeur Gross, de Philadelphie, a dernièrement étudié l'histoire. Elle siège dans les restes du tissu alvéolaire des personnes édentées ou dans le tissu alvéolaire dépassant les maxillaires. Nous ne faisons que citer pour mémoire cette névralgie; nous ne la décrivons pas, parce qu'elle nous paraît en dehors de notre cadre.

CHAPITRE IV.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

L'anatomie pathologique de la névralgie trifaciale ne fournit presque aucune notion sur les lésions propres du trijumeau. Dezeimeris nie tout ce qu'on a dit à ce sujet, comme la rougeur, le gonflement, l'atrophie ou l'infiltration du nerf. Bichat, Abermethig, Blakett, concluent dans le même sens. Toutefois ce déni ne s'applique pas à certaines altérations morbides que nous avons énumérées au chapitre des causes, comme les tumeurs de la base du crâne, les anévrismes de la carotide, l'anémie du cerveau, les altérations des os, etc. On comprendra sans peine que la névralgie trifaciale qui se présente à nous avec un entourage symptomatique redoutable, ne peut régner quelque temps sans imprimer en quelque sorte son cachet sur l'économie et sans apporter de sérieuses perturbations dans le domaine du nerf qu'elle a atteint. Le trijumeau préside à la sensibilité générale de la face et à la gustation ; il envoie des rameaux aux muqueuses buccale, nasale, oculaire et auriculaire, aux glandes buccales, salivaires, lacrymales, à l'œil, par le ganglion ophthalmique et à l'oreille interne, par le ganglion optique. De plus, quelques-uns de ses filets terminaux s'anastomosent avec des filets du facial et du plexus cervical.

Grand est le domaine de ce nerf, plus grand encore sont les effets de sa névralgie. Commençons par ce qui frappe d'abord quand on se trouve en présence d'une névralgie intense ; nous voulons parler des réflexes moteurs qui sont de deux sortes et

qui coexistent souvent chez un même malade; les uns volontaires, sont comme les autres marques extérieures de la douleur, des cris, des gémissements; les autres, véritables spasmes toniques et cloniques, sont involontaires. Ces troubles moteurs existaient au plus haut degré chez nos deux malades, le second surtout. Nous l'avons vu en proie à ces véritables convulsions qui imprimaient un cachet spécial à son état morbide.

Chez lui, ils accompagnaient les douleurs qui lui arrachaient des cris perçants. Au moment de l'accès, il appliquait vivement la main sur sa joue gauche, et à chaque élancement, tout son corps se portait de ce côté par un mouvement brusque; on aurait dit que le malade cherchait derrière lui un ennemi invisible qui serait venu le frapper. De son propre aveu, l'action de porter les mains vers la région malade était volontaire; mais les mouvements du tronc étaient irrésistibles, il ne pouvait les maîtriser. Chez le premier, les spasmes n'étaient pas aussi étendus; lorsqu'il éprouvait les douleurs, il contractait violemment et malgré lui les muscles de la moitié droite de la face.

Ces mouvements convulsifs résultent évidemment d'une transmission de l'excitation morbide des fibres sensibles du trijumeau aux fibres motrices du facial à travers les centres nerveux: nous y reviendrons plus loin. Ces mouvements sont quelquefois localisés avec la douleur; les malades ont des blépharospasmes ou bien ils font des mouvements de succion et de mastication (obs. I). Souvent ces mouvements se généralisent et s'étendent vers la région sus-claviculaire, vers l'épaule et même plus loin (obs. II)

C'est précisément cette irradiation des spasmes qui a valu à la névralgie faciale le nom de tic douloureux. Quelquefois ils gagnent aussi le côté sain. A la longue, ils occasionnent chez les malades des rides qui restent et qui impriment à leur visage un air triste et souffreteux. Trousseau voyant un jour entrer dans

son cabinet un homme qui se mit à «grimacer convulsivement» en poussant des cris, s'écria avant que le malade eût dit un seul mot: «Je sais ce que vous avez...» C'est-là, en effet, le signe certain des névralgies intenses.

A côté des troubles moteurs, il y a les troubles vaso-moteurs. Au moment des douleurs, on observe du côté malade du larmoiement, du ptyalisme, la conjonctive est injectée, la face est rouge, les veines sont gonflées, les artères battent violemment. Il y a des malades chez lesquels ces troubles persistent mais à un degré moindre même en dehors des accès. On ne sait encore si ces troubles sont dus à l'action directe du nerf malade ou bien si c'est par une excitation des vaso-dilatateurs ou par la paralysie des vaso-constricteurs. Pour le nerf maxillaire supérieur, MM. Laffon et de Jolyet ont prouvé par des expériences que ce nerf est par excellence un nerf vaso-dilatateur. Donc, lorsqu'il est excité, il fonctionne dans le même sens, car Claude Bernard a mis en évidence que les vaso-dilatateurs sont plus excitables que les vaso-constricteurs.

Le côté du visage qui est atteint peut s'hypertrophier un peu à cause de l'hypérémie qui accompagne la douleur (obs. II). Il n'est pas rare de voir au contraire de l'atrophie; notre premier malade était dans ce cas. Toutefois cette atrophie apparente n'était peut-être due qu'aux violentes pressions que faisait le malade en frictionnant fortement cette région.

La peau prend un caractère spécial, elle devient luisante et comme enduite de graisse: c'est ce que les auteurs anglais décrivent sous le nom de *peau luisante*. Elle peut, dans le cours de la maladie, devenir le siège d'éruptions variées, pustuleuses, vésiculeuses, pseudo-érysipélateuses dont la plus importante est le zona. Il est de règle que ces éruptions n'apparaissent que dans le domaine des branches nerveuses atteintes (obs. II). Elles sont dues à l'altération des centres trophiques du nerf. Il y a aussi du côté et aux régions malades des lésions

des bulbes pileux; tantôt les poils sont plus nombreux que du côté sain (obs. II), tantôt ils le sont moins (obs. I). Ils croissent, selon le cas, plus ou moins qu'à l'état normal. Chez notre premier malade, il y avait plus de cheveux blancs du côté malade que du côté sain.

La vue, du côté où siège la névralgie, est presque toujours normale; il y a souvent de la photophobie, surtout lorsque l'œil est rouge et qu'il y a du larmoiement. M. Marchal (de Calvi) a observé que la névralgie du trijumeau s'accompagne souvent de la paralysie du moteur oculaire commun. Ces deux nerfs se trouvant en relation dans le ganglion ophthalmique, l'action morbide du premier se communique au second. D'ailleurs, ce n'est pas là le seul exemple où le trijumeau, nerf sensitif, influe sur un autre nerf moteur.

L'odorat est rarement atteint, cependant il n'est pas rare que la muqueuse nasale éprouve, elle aussi, le contre coup morbide de l'affection; tantôt elle est sèche, tantôt elle sécrète en abondance.

L'ouïe peut aussi être lésée; il y a des malades qui éprouvent des bourdonnements dans les oreilles ou une diminution de la sensibilité de cet organe.

La muqueuse buccale est à son tour modifiée, le goût est perverti. Au moment des douleurs, les malades perçoivent, du côté atteint seulement, comme un goût métallique.

A propos de la maladie qui nous occupe, les anatomo-pathologistes et les physiologistes ont longuement discuté pour savoir si le trijumeau pouvait être seul le siège des douleurs, ou si le facial ne partageait pas avec lui ce triste privilège. Lund, Magendie, Podéra, Herbert, Cl. Bernard et Longet ont prouvé que le premier seul est sensible; le facial lui emprunte sa sensibilité et devient ainsi sujet à la douleur qui, en général, n'atteint que le trijumeau.

Nous pouvons aussi en passant dire un mot des troubles

psychiques. Qu'on se représente ces malades en proie à des souffrances atroces, n'osant pas même parler, boire, manger, faire le moindre mouvement, car une triste expérience leur a appris qu'il suffit de la plus légère excitation pour réveiller les douleurs. Ajoutons à cela la marche de la maladie qui s'aggrave de plus en plus, sa ténacité et surtout ces attaques instantanées que le malade redoute à chaque seconde de son existence et dont l'imminence empoisonne même les moments de calme que leur accorde le mal. Il y a bien là de quoi décourager les plus forts. Aussi ils sont tous tristes, absorbés, mélancoliques; ils perdent l'appétit, deviennent anémiques, leur visage se ride de bonne heure; ils sont vieux et décrépits avant l'âge. L'intelligence elle-même est troublée par cette tension d'esprit que le mal impose. Aussi bien des malades, désespérés, après avoir épuisé toutes les ressources de la thérapeutique, affrontent les dangers de l'intervention chirurgicale; quelques-uns même cherchent dans le suicide la fin de leurs souffrances.

CHAPITRE V.

MARCHE. — DURÉE — TERMINAISON.

La névralgie faciale a une marche plus ou moins régulière, selon la cause qui la produit. Tantôt sa marche est graduelle, tantôt elle débute d'emblée. Quand l'installation est lente, le malade éprouve dans les régions, qui seront plus tard douloureuses, des sensations vagues, démangeaisons, froid, chaleur, pesant, malaises. Petit à petit les douleurs éclatent d'abord légères, réparées par des intervalles de repos assez longs. Mais en même temps que les douleurs deviennent de plus en plus aiguës, les rémittences diminuent. Souvent, après avoir occupé un espace assez restreint, elle étend son domaine par gradation. Les douleurs peuvent être intenses dès le début de l'attaque jusqu'à la fin, ou bien elles vont en décroissant jusqu'à leur summum qui se maintient quelque temps, pour retomber ensuite d'une façon graduelle; généralement le déclin est plus rapide que l'augment. Les douleurs sont continues, rémittentes ou intermittentes; ces dernières sont en général les plus violentes. Les accès durent de quelques minutes à plusieurs heures. Ils se produisent à des intervalles très-variables, selon les malades; ils apparaissent tous les jours, toutes les semaines, tous les mois, toutes les saisons. Brichteau a vu un malade qui les avait régulièrement à une année d'intervalle.

Quand le mal doit disparaître, ses apparitions deviennent de plus en plus rares: c'est le contraire lorsque le pronostic est mauvais. Souvent la fin de la névralgie est annoncée par des

phénomènes critiques; elle est remplacée par d'autres affections ayant avec elle des causes communes. Ainsi, lorsqu'elle est due à une altération diathésique, incurable, souvent les progrès de cette lésion font succéder la paralysie à la névralgie, ce qui est un grand avantage pour les malades. Dans les névralgies dues aux diathèses, un symptôme se substitue à un autre symptôme.

On a vu des cas où les malades avaient éprouvé à la fin de leurs attaques des démangeaisons, des fourmillements dans les régions malades. La maladie peut durer de quelques jours à plusieurs mois. Mais on l'a vue persister de longues années et durer autant que la vie du malade.

CHAPITRE VI.

DIAGNOSTIC — PRONOSTIC.

Le diagnostic de la névralgie du trijumeau doit être basé sur son siège, sur les caractères de la douleur et sur les troubles qu'elle provoque. D'après ces données, on pourrait croire qu'il est difficile de la confondre avec d'autres affections, mais il est de notre devoir de la séparer complètement de certains états hyperesthésiques qui, comme elle, siègent à la face.

Migraine. — La migraine est constituée par une douleur plus ou moins intense, généralement sourde. Comme la névralgie faciale, elle peut être héréditaire ; elle affecte généralement un seul côté de la tête et revient périodiquement. Elle occupe l'œil, le front, les tempes, les sourcils, l'oreille et l'occiput. Les mouvements de la tête, l'action de parler, de manger exaspèrent les douleurs. Elle débute dans un point et peut s'étendre de là à toute une région et même à tout un côté. Le malade éprouve alors une sensation de plénitude, de tension dans ces parties, qui sont chaudes, rouges. Les veines sont distendues, les artères battent avec plus de force ; il y a des bourdonnements d'oreilles. Les douleurs ne sont pas réveillées par la pression sur les points de Valleix, ne sont pas lancinantes et n'apparaissent pas par accès.

Il y a entre la migraine et les troubles de l'estomac une réaction évidente : la migraine peut causer des vomissements et empêcher la digestion. La migraine semble liée aux diges-

tions difficiles et laborieuses. C'est ainsi qu'elle fait le désespoir de tous les dyspeptiques au même titre que la maladie qui, chez eux, lui donne naissance. C'est le nerf grand sympathique qui sert d'intermédiaire entre la cinquième paire, le cerveau lui-même et l'estomac.

La migraine est due surtout aux troubles du sommeil sous l'influence d'une mauvaise digestion, aux écarts de régime, à la constipation, aux fatigues de la vue, aux excès de travail intellectuel, aux troubles de la menstruation. Les malades éprouvent alors des douleurs profondes, sourdes, continues, avec pesanteur de tête; ils sentent comme une barre qui passerait sur leur front ou une constriction circulaire autour de la tête; ils ont des vertiges et sont plongés dans un état d'hébètement et de somnolence qui est caractéristique. Lorsque la migraine a cessé, les malades n'éprouvent plus rien, ce qui différencie encore cette affection de la névralgie où il y a souvent une douleur continue, outre les douleurs lancinantes des accès.

Quoiquela ressemblance entre ces deux maladies soit grande, il est facile de distinguer la névralgie faciale de la migraine par leurs causes, leurs symptômes et leur marche.

Névralgies du cuir chevelu. — Il y a entre la prosopalgie et les névralgies du cuir chevelu une ressemblance et une affinité énormes, à tel point que souvent elles se succèdent naturellement et sont dues aux mêmes causes. Pour être exact, nous dirons même que souvent la névralgie du cuir chevelu n'est que la névralgie d'une branche du trijumeau. Cependant, au point de vue anatomique et pour ne pas sortir de notre cadre, nous distinguerons ces deux affections. En effet, outre une branche du trijumeau, le cuir chevelu reçoit encore une branche du plexus cervical postérieur et une du plexus cervical antérieur.

Les névralgies du cuir chevelu sont superficielles; les mala-

des disent fort bien qu'ils sentent les douleurs dans la partie moelle qui recouvre la boîte osseuse du crâne. Pour ne pas faire des répétitions inutiles, nous dirons que ces douleurs ressemblent à peu près exactement à celles de la prosopalgie. Elles occupent souvent le pavillon de l'oreille, le conduit auditif externe ; quelquefois elles s'irradient sur les côtés du cou dans le plexus cervical superficiel. On a vu les douleurs débiter par le cuir chevelu et parvenir de proche en proche à la tempe où elles se fixent définitivement.

Rhumatisme de la face. — L'existence de cette maladie a été niée et admise tour à tour par des auteurs très-compétents. Pour nous, *à priori*, il ne nous paraît pas impossible que le rhumatisme puisse envahir cette région. Dans ce cas, les douleurs seront généralisées, elles n'auront pas des centres d'intensité, elles ne suivront pas exactement les sujets nerveux, elles n'apparaîtront pas par accès. La pression les exagérera sans doute, mais les points de Valleix n'existeront pas. Quand elles auront débuté, elles seront continues, et quand elles auront cessé, elles n'apparaîtront plus par périodes fixes. De plus, elles auront tous les caractères de rhumatisme, elles s'accompagneront de fièvres et elles seront précédées ou suivies d'autres localisations rhumatismales dans des régions plus ou moins éloignées.

Rhumatisme de l'articulation temporo-maxillaire. — Ici la douleur est localisée à l'articulation, elle est exagérée par la pression sur les condyles de la mâchoire. Elle ne se fait sentir que lorsque le malade imprime des mouvements au maxillaire inférieur.

Fluxion des joues. — Cette maladie est caractérisée par des douleurs assez graves, accompagnées de phénomènes inflam-

matoires qui se terminent par la formation d'un petit phlegmon ou seulement par l'œdème. Elle est due le plus souvent au mauvais état d'une dent ou à l'action du froid sur des dents plus ou moins gâtées, mais qui, avant cette influence, n'étaient le siège ni le point de départ d'aucune souffrance. Ici, outre la douleur qui est localisée, mais qui peut être très-vive et lancinante, nous trouvons tous les symptômes de l'inflammation, la chaleur, la rougeur, la douleur et la tumeur. Toutefois, comme la fluxion est due aux lésions dentaires et au froid tout comme la névralgie faciale, et comme souvent la névralgie peut débiter par une fluxion, il y a des cas où ces deux affections coexistent sans s'exclure : la névralgie survivra alors à la fluxion.

Odontalgie. — Cette maladie a beaucoup de caractères qui lui sont communs avec la névralgie faciale ; souvent elle n'est qu'une complication de cette dernière : ainsi quand la maladie attaque les nerfs maxillaire supérieur ou maxillaire inférieur, la douleur se propage vers les dents, il y a alors odontalgie nerveuse. L'odontalgie est provoquée souvent par une dent cariée que viennent irriter l'air froid, les aliments froids ou chauds, le choc d'un corps étranger serré entre les deux maxillaires, le séjour dans le trou de la dent de débris d'aliments, alors la douleur est vive, lancinante, pulsative ; elle est de courte durée, mais fréquente, sans cependant revenir par périodes régulières. L'odontalgie de la période alvéolo-dentaire est caractérisée par des douleurs continues, pulsatives, exaspérées par le moindre choc et surtout par le chaud, tandis qu'elles sont apaisées par le froid. Elle guérit très-bien par les opiacés et les antiphlogistiques. Quelle que soit la cause de l'odontalgie, elle se limite à mi-côté et vient par accès tout comme la prosopalgie ; mais comme elle est due à une lésion dentaire ou du voisinage immédiat de la dent, elle s'accompagne toujours de gonflement fluxionnaire. D'ailleurs, par l'inspection ou par la percussion,

il est facile de découvrir la dent qui en est le point de départ, et il suffira de l'extirper pour enlever les douleurs

Pronostic. — Dans les cas où la névralgie est due au froid, à une intoxication, à une lésion des dents ou à l'infection syphilitique, dans tous les cas où elle est simple et de date récente, le pronostic n'est pas défavorable. Mais quand elle est due à une lésion organique, quand elle est héréditaire ou occasionnée par la diathèse nerveuse, quand elle siège dans la branche frontale ou au nerf maxillaire inférieur, ou bien quand elle se complique de convulsions, le pronostic est fâcheux. Trousseau, dans ses cliniques s'exprime ainsi: «Est-ce donc à dire, Messieurs, »qu'il ne nous soit jamais donné de soulager, de telle manière »que ce soulagement puisse équivaloir à une sorte de guérison? »Je vous confesse ici tout haut que je n'ai jamais guéri un seul »malade, un de ceux du moins que j'ai pu observer pendant »quelques années; mais j'ai rendu la vie tolérable à quelques-uns.» Pas n'est besoin de commentaires pour prouver la malignité de cette maladie, qui fait le désespoir des malades et celui des médecins.

CHAPITRE VII.

OBSERVATION I.

V. . . , âgé de 40 ans, né à B.-s.-M., Capitaine marin. Il n'a jamais été malade étant jeune; il est d'un tempérament nerveux. Quoique paraissant bien constitué, sa complexion au-dessous de la moyenne et plutôt son aspect général chétif, malingre, feraient supposer qu'il est scrofuleux, bien qu'il ne se rappelle pas avoir eu, étant jeune, des croûtes à la tête ni des glandes au cou.

A un âge plus avancé, entre 18 et 25 ans, il a eu fréquemment de gros boutons au cou et à la figure, qui n'ont plus reparu, surtout depuis que sa maladie actuelle a débuté. Il avait l'habitude de boire, mais ne s'enivrait pas. A 19 ans, il a eu un chancre, suivi d'un bubon qui a suppuré; mais il n'a jamais eu des manifestations qu'on puisse rattacher à la syphilis.

Il n'a jamais eu ni des fièvres intermittentes, ni des rhumatismes, bien que sa profession de marin l'ait beaucoup exposé, depuis l'âge de 15 ans, à ces sortes d'affection. Rien, dans sa manière de vivre, ne ferait supposer une intoxication soit par le plomb, soit par un autre agent, lorsque, à bord, l'eau était tenue dans des tonneaux de bois. Il n'a jamais reçu des coups à la tête, ni sur le visage. Il a eu, du côté gauche, une dent cariée qu'il a arraché lui-même bien avant que les douleurs apparussent du côté droit. Il n'a jamais eu de tumeurs ni au crâne ni à la face; jamais il n'a eu du mal au nez.

Les grands parents étaient tous les deux goutteux, son père,

âgé de 79 ans, a depuis longtemps des douleurs rhumatismales généralisées; de plus, il est asthmatique. Sa mère, âgée de 75 ans, est atteinte depuis 25 ans d'une affection des yeux. Le malade a deux sœurs, qui n'ont jamais été malades étant jeunes, mais qui, à partir de l'âge de 25 à 28 ans, ont eu toutes les deux des symptômes névralgiques, des douleurs passagères, soit à la tête, soit à l'estomac; une d'elles a souvent des attaques qui surviennent à la moindre émotion et qui paraissent appartenir à l'hystérie, d'après ce que raconte le malade.

Il a eu cinq enfants: l'un des deux qui a survécu, a des croûtes à la tête et un tempérament nerveux assez faible.

En décembre 1878, après avoir subi sur mer huit jours de froid et de pluie, le malade éprouva une violente colère. Deux jours après ses yeux devinrent le siège d'une violente inflammation. Pendant neuf mois, ces mouvements fluxionnaires du côté des yeux se renouvelèrent à différentes reprises avec une intensité variable.

En septembre 1879, nouvelle émotion et augmentation de l'inflammation des yeux; il finit même par perdre la vue. Les conjonctives étaient très-rouges et il y avait des taches blanches sur la cornée de chaque côté. Après quinze mois, la vue revient du côté droit. Pendant ce temps, l'œil gauche avait d'abord augmenté de volume. Il était devenu le siège de douleurs pulsatives assez intenses avec pesanteur et chaleur; puis l'œil s'était percé et peu à peu avait diminué. Le malade, à cette époque, contracta une pneumonie qui le tint deux mois au lit. C'est alors qu'il sentit, à différentes reprises, un liquide chaud couler de son œil gauche, et, quand il se leva, il s'aperçut que cet œil, il le dit lui-même, s'était complètement vidé. Il était blanchâtre et on devinait à peine la place de la cornée par transparence. A l'œil droit, qui était toujours un peu enflammé, la vue était très-faible et il y avait aussi, mais moins qu'à l'œil gauche, des taches blanches sur la cornée.

Pendant les huit mois durant lesquels les phénomènes inflammatoires des yeux ne furent pas intenses, le malade n'éprouva pas de douleurs ni à la face, ni à la tête. Ce fut à partir de cette époque, quand il perdit la vue, que la maladie actuelle débuta.

La région temporale droite fut le siège de sensations vagues, peu prononcées, rares et de courte durée. Ce que le malade éprouvait, c'était des fourmillements, du malaise; bientôt après les douleurs apparurent d'abord légères et toujours précédées de tiraillements douloureux. Elles duraient quelques secondes, puis disparaissaient pour revenir au bout de quelques minutes. Cela continuait ainsi pendant une ou deux semaines et même toute une saison. La névralgie reparaissait surtout à chaque changement de temps, à l'entrée de l'hiver, en hiver et au printemps.

D'abord limitée à la région temporale et pariétale, elle envahit graduellement l'œil, le maxillaire supérieur, le maxillaire inférieur et le cou.

Quand les douleurs avaient disparu, le malade jouissait d'une bonne santé et reprenait vite de l'embonpoint.

Mais peu à peu les rémissions furent de plus en plus courtes en même temps que les douleurs devenaient aussi de plus en plus intenses. Pendant les accès, le malade avait du larmoiement et salivait beaucoup; il percevait un goût d'huile rance et sentait quelquefois des odeurs mauvaises.

Enfin, en décembre 1881, la névralgie devint plus grave que jamais, tellement que le malade dut garder le lit pendant deux mois. Depuis cette époque jusqu'au moment où le malade entra à l'hôpital, les douleurs n'avaient jamais cessé ni jour ni nuit. Il avait remarqué qu'il était constipé. L'action de souffler, de manger, de parler, d'éternuer, les émotions vives provoquaient les douleurs. Si, pendant qu'il se livrait à un de ces actes, il sentait venir les tiraillements qui précédaient immédiatement

la grande douleur, il pouvait, en interrompant subitement et en restant immobile, faire avorter ces douleurs.

Il avait subi plusieurs traitements sans résultat net et précis. L'opium lui procurait un peu de repos, mais quand son action était terminée, les douleurs apparaissaient plus fortes et plus nombreuses qu'avant l'ingestion de ce médicament. On lui a fait de fréquentes injections hypodermiques de morphine : il prétend même que c'est depuis seulement que la douleur s'est étendue du côté du cou. Il a été saigné plusieurs fois, il a eu des vésicatoires *loco dolenti* et des sangsues à l'anus. De toutes ces médications, la morphine et l'opium sont ceux qui l'ont le plus calmé et on voit à quel prix. Ils atténuaient la douleur, sans porter nulle atteinte à la maladie elle-même.

Lorsque le malade est arrivé au service de M. le professeur Combal, les douleurs occupaient la moitié droite de la tête et du cou. Elles duraient, en moyenne, de trois à dix secondes, et se faisaient sentir toutes les quatre ou cinq minutes. Elles étaient plus violentes surtout au point sus-orbitaire, sous-orbitaire et mentonnier. La pression, sur ces points, donnait aux douleurs une intensité extraordinaire. Tous les désordres physiologiques déjà cités existaient. La moindre excitation faisait apparaître les douleurs. Souvent, pendant que nous l'interroignons, il se taisait, saisissait brusquement son mouchoir et l'appliquait sur la joue droite, ou bien il la frictionnait fortement avec la main. Alors tous les membres de la face du côté droit se contractaient violemment, les yeux se fermaient avec force et le malade faisait des mouvements de succion, il portait surtout son index dans la bouche, pour frotter les gencives pendant qu'il poussait des cris. Cela durait quelques secondes, puis, tout d'un coup, la douleur cessait et avec elle tous les autres symptômes. Le malade paraissait un peu étourdi, comme hébété, après chaque accès ; interrogé sur tout cela, le malade répondait que les mouvements de succion et les convulsions

des muscles de la face étaient involontaires. Il prétendait aussi atténuer sensiblement l'intensité de son mal en portant ses mains sur ses joues, mouvement qui d'ailleurs était volontaire chez lui.

L'examen des parties révélait un peu d'atrophie du côté malade, avec flaccidité des tissus. L'hyperesthésie était généralisée dans tout le côté droit de la tête ; la langue paraissait être intacte sous ce rapport.

Le malade ne pouvait ni se laver, ni se faire raser du côté droit. Il y avait plus de cheveux gris qu'à gauche, la barbe était plus claire ; la joue droite était rouge, l'œil enflammé :

L'état général du malade était très-débilité ; l'intelligence atteinte. Les points de Valleix étaient très-évidents chez lui, mais la pression sur les vertèbres cervicales ne donnait rien.

Le malade entre le 16 juillet.

Le 17, les douleurs sont fréquentes et intenses (40 grammes de sirop de morphine).

Le 18, même état, même traitement.

19, *idem.* *idem.*

20. M. le Professeur Combal croit que la névralgie est due à la syphilis, en même temps le fonds diathésique du malade était complexe et l'influence de son état nerveux héréditaire était incontestable. Il constitue le traitement suivant : le malade prendra le matin une cuillerée de liqueur de Wan Swieten, à trois et à six heures de l'après-midi une solution avec :

Iodure de potassium. . . .	} aa 0 gr. 50 centigr.
Bromure de potassium. . .	

et à huit heures et à dix heures du soir 40 gr. de sirop de morphine. On fera deux fois par jour des frictions avec une serviette-éponge d'abord avec de l'eau tiède, puis avec de l'eau aiguisée d'un peu d'alcool ; le malade se purgera souvent et on mettra un exutoire à la jambe droite. Comme régime, il

mangera : Potage, côtelette et dessert léger. Deux tasses de lait à trois heures et à sept heures.

Voici les résultats de l'analyse de l'urine : densité, 1030.

Réaction acide. Pas de sucre, ni d'albumine. Phosphates.

21. Le malade éprouve des douleurs très-violentes qu'il attribue au temps qui est à l'orage : même traitement.

22. Le malade se sent mieux, les douleurs sont moins vives et moins fréquentes qu'hier : même traitement.

23. 24. 25. Le malade se sent mieux : même traitement.

26. Malade agité. Les douleurs sont fréquentes, très-vives et tourmentent beaucoup le malade : même traitement.

27. Le matin, même état que la veille. Le soir, les douleurs cessent de se faire sentir dans les régions temporale et sous-orbitaire, elles se limitent au maxillaire inférieur, au cou, un peu au maxillaire supérieur et vers le nez, en partant de l'angle du maxillaire inférieur au fond de la branche montante et sous l'oreille : même traitement.

28. Même état le matin. Le soir, les douleurs sont plus vives et s'étendent un peu vers l'orbite : même traitement.

29. 30. 31. Les douleurs sont très-vives ; elles n'ont pas changé de siège.

1^{er} août. Même état. On supprime la morphine, et on donne 2 gr. de bromure de potassium au lieu de 0 gr. 50.

2. Les douleurs sont très-violentes à cause du temps qui est à l'orage : même traitement.

3. Le malade se trouve mieux ; les douleurs sont moins fortes et moins fréquentes : même traitement.

4. Le mieux continue : même traitement.

5. Le malade n'a eu que quelques douleurs légères : même traitement.

6. C'est à peine si les douleurs se sont faites sentir.

7. Le malade se trouve tout-à-fait soulagé : il peut se laver la figure, ce qu'il n'avait pu faire depuis neuf mois. L'œil droit

est moins rouge, la peau de la partie droite de la face a repris sa coloration normale, le malade ne sait comment témoigner sa joie; l'appétit revient; état général excellent.

A cette époque, nous avons cessé de voir le malade, qui a quitté l'hôpital le 25 août. Son état a été excellent jusqu'au 12 octobre. En ce moment, le temps étant devenu froid et humide, le malade éprouva quelques douleurs partant du cou se dirigeant vers le maxillaire inférieur et aboutissant à la dent canine inférieure. D'ailleurs, le malade suit encore le traitement de M. le professeur Combal.

OBSERVATION II.

Renaud André, cultivateur, 41 ans, domicilié à Thézan (Aude), entré le 12 octobre, service de M. le professeur Dubrueil, salle Saint-Eloi, n° 41.

Il a un tempérament nerveux exagéré, il est chétif et anémique. Sauf la fièvre typhoïde qu'il a eu à l'âge de 20 ans, il prétend n'avoir jamais été malade. Il n'est ni alcoolique, ni syphilitique. Toutefois, bien que sa santé ne fut pas troublée par des maladies graves, il a été toujours souffreteux, sujet à des douleurs générales, mal localisées. Nous n'avons aucun renseignement sur le compte du père. La mère, qui était très-nerveuse avait, comme lui, une névralgie faciale du même côté. Il a trois frères et deux sœurs qui sont aussi sujets aux douleurs.

Il y a trois ans, il entra, étant en sueur dans une cave très-fraîche; ce qui lui occasionna une courbature qui le tint quelques jours au lit. A la suite, il eut, pendant six mois, des sueurs générales qui firent peu à peu place à la névralgie du maxillaire inférieur gauche. Au début, les douleurs furent légères, continues, lancinantes, très-peu nombreuses. La névralgie

était surexcitée surtout par le temps froid et humide; elle était souvent accompagnée de fluxions, toujours à gauche. Graduellement les douleurs devinrent plus intenses, plus fréquentes et les réflexes physiologiques apparurent peu à peu.

Le malade a suivi plusieurs traitements qui sont restés sans succès. Il a pris du sulfate de quinine, de la morphine, de l'atropine, de l'hyoscyamine. Une séance d'électricité lui procura deux mois de repos: mais le malade trouva ce remède trop cruel à cause des douleurs provoquées par le courant.

Il souffrait surtout en hiver, au printemps et en automne. Le matin les douleurs étaient plus violentes. Les nuits ont été relativement bonnes. L'action de manger, de souffler, de parler, de boire chaud et froid, de rire, de se laver la figure du côté gauche, tout cela exaspérait les douleurs.

En août dernier, il se fit arracher une dent par un charlatan, croyant que les douleurs, qu'il prenait pour une odontalgie, seraient ainsi calmées. Depuis cette époque elles ont été beaucoup plus graves et les accès beaucoup plus fréquents. Il vint à l'hôpital le 19 octobre.

20. Le malade a des douleurs sourdes, continues et lancinantes qui apparaissent cinq ou six fois à la minute sous forme d'accès. La première secousse est très-forte, les autres le sont moins. Le malade les compare à des éclairs rapides allant du menton vers l'oreille et suivant le trajet du nerf maxillaire inférieur que le malade dessine très-bien sur la peau, depuis le trou mentonnier jusqu'au niveau de l'oreille. Les accès apparaissent toutes les cinq minutes. On voit alors le malade porter vite ses mains sur la région malade, fermer fortement l'œil gauche, contracter les muscles de la face et porter brusquement à chaque élancement douloureux tout son corps du côté gauche et en arrière. En même temps, il pousse des gémissements plaintifs. La région atteinte est un peu hypertrophiée; la peau est rouge, brillante, l'œil un peu enflammé

et larmoyant, quoique la vue soit normale; le malade éprouve de la chaleur à la partie où siègent les douleurs. Au moment des élancements il y avait du ptyalisme; la barbe était plus épaisse à droite. On trouve très-bien le point mentonnier de Valleix en pressant avec le bout de l'indicateur.

21. M. le Professeur Dubrueil, après l'anesthésie chloroformique, écarte les mâchoires, et, avec un couteau à fistule vésico-vaginale, débride le nerf au niveau de l'épiné de Spix, par une incision s'étendant entre les deux dernières molaires. Il charge alors le nerf avec un crochet mousse pour s'assurer qu'il l'a mis à nu, puis il tire fortement sur lui. Enfin, un bruit sec et une vive secousse du malade annoncent la fin de l'opération. Immédiatement, on fait dans la bouche des irrigations antiseptiques avec de l'essence de lavande au vingtième et on lui fait un pansement avec de la ouate sur la joue gauche. Quelques minutes après l'opération, le malade a éprouvé une secousse névralgique, la dernière qu'il est ressentie. On le met au régime du bouillon et du vin.

Le soir, il a eu un peu de fièvre vers quatre heures. L'hyperesthésie a fait place à l'insensibilité la plus complète, du moins dans le point d'émergence du nerf au menton. Il y a, autour de ce point, une certaine zone où la sensibilité est très-obtuse au-dessous de la commissure des lèvres.

22. Le malade a de la fièvre, la température est assez élevée. Il y a un accès le matin à sept heures. Il y a une vive inflammation de la bouche et de la gorge, surtout du côté gauche. Le malade n'avale que difficilement. On met des cataplasmes sur la joue gauche qui est un peu enflée, rouge et chaude. Les douleurs n'ont plus reparu. Bouillon et vin. Le soir, à six heures, le malade a un autre accès.

23. Nouvel accès à sept heures; température élevée; vive inflammation de toute la moitié gauche de la face et du cou avec tous les signes d'un phlegmon.

Le malade ne peut plus avaler. On lui passe par le nez une sonde œsophagienne, au moyen de laquelle on lui fait prendre des aliments. Sa langue est tuméfiée, le maxillaire inférieur immobilisé. La nuit a été mauvaise. Le malade éprouve à gauche des douleurs qu'il distingue très-bien de ce qu'il éprouvait avant.

Frictions mercurielles et cataplasmes.

Le soir, nouvel accès à six heures.

24. Fièvre et température intenses; accès à sept heures. Tous les symptômes de la veille se confirment de plus en plus. Toute la joue gauche, une partie du cou et de l'oreille sont très-enflés et rouges.

Au milieu de cet empatement général, on ne trouve pas encore de fluctuation. Le malade a éprouvé toute la nuit des douleurs sourdes. On le nourrit à la sonde œsophagienne. On continue les cataplasmes. 1 gramme de chloral à prendre le soir.

A six heures, nouvel accès.

25. Le malade est très-abattu; la température très-élevée. La nuit a été relativement bonne. A sept heures, l'accès est arrivé. L'œdème a encore augmenté; il s'étend jusqu'à l'œil et jusqu'à la région sus-claviculaire, pas de fluctuation. La langue est très-enflée. Il se fait par la bouche, par le trou de débriement, un écoulement peu abondant de pus. Pour prévenir l'extension de ces symptômes inflammatoires, M. le Professeur Dubrueil établit un drain. Il fait une incision verticale, à l'angle de la mâchoire inférieure, qui donne passage à du sang et du pus; puis il introduit une grosse sonde cannelée qui passe dans la cavité buccale et installe dans le trajet de la sonde un drain de moyen calibre. Il est facile de remarquer la mauvaise odeur qu'exhale la bouche du malade et du pus qui en sort.

C'est à peine si le malade peut avaler un peu de lait. On le nourrit à la sonde œsophagienne, introduite par le nez. Deux

fois par jour, grands lavages désinfectants au moyen du drain avec de l'essence de lavande en solution au vingtième. Pansement de Lister. On donne, comme désinfectant, 2 grammes de salicylate de soude en potion et 1 gramme de chloral à prendre le soir.

A six heures, autre accès.

26. La nuit a été assez calme. L'inflammation et l'œdème de la joue gauche ont un peu cédé. Le malade peut avaler. Le matin à quatre heures, l'accès a eu lieu. L'état général est meilleur qu'hier. Le moral du malade est surtout satisfaisant; déjà il se croit délivré de la névralgie. Il sort beaucoup de pus par le drain. On installe un autre drain allant de l'angle du maxillaire inférieur à quatre centimètres en bas et en avant. Lavages désinfectants deux fois par jour. Pansement de Lister. Le soir l'accès a lieu à six heures.

27. La sensibilité est revenue un peu dans la région du trou mentonnier, mais elle est toujours obtuse. La nuit a été bonne. La température est élevée. Le malade remue très-bien le maxillaire inférieur; il avale très-facilement. A neuf heures, au moment de la visite, il est en plein dans son accès, il délire; séance tenante, on lui fait au niveau du grand pectoral une injection hypodermique avec 1 gr. bromhydrate de quinine. On ordonne 1 gr. sulfate de quinine à prendre, la moitié à huit heures du soir, l'autre moitié à quatre heures du matin. Lavages et pansement de Lister.

28. Le malade n'a pas d'accès le matin, mais il est un peu agité. On retire le dernier drain. L'état du malade est satisfaisant. Il mange et il dort assez bien. Lavages, pansement de Lister. Le malade prend 1 gr. 50 centigr. de sulfate de quinine, moitié le soir à huit heures, moitié le matin à quatre heures.

29. L'accès n'a pas été bien franc, le stade de froid a manqué; mais vers neuf heures il a eu un peu chaud et il a transpiré beaucoup. Il y a un abcès à l'endroit où l'on a fait la

piqûre hypodermique. A l'ouverture, il en sort du gaz et du pus ; on y installe un drain et un pansement de Lister. Le malade se trouve très-bien. Il ne sait comment exprimer le bonheur qu'il éprouve d'être débarrassé de sa névralgie. Il sort beaucoup de pus par les ouvertures des drains. Lavages et pansements antiseptiques. Le soir, il n'a pas d'accès. On donne seulement 0 gr. 80 centigr. de sulfate de quinine.

30. A huit heures, l'accès a reparu très-franc et très-violent ; l'état du malade est très-abattu et très-faible. Il sort beaucoup de pus par le drain qu'on enlève. On fait de grands lavages antiseptiques dans l'abcès du grand pectoral et dans l'abcès de la joue gauche qu'on panse au Lister. Le soir, l'accès reparait à cinq heures. Le malade prend 1 gr. de sulfate de quinine en deux fois, à huit heures du soir et à quatre heures du matin.

31. Le malade est très-faible. Il a eu beaucoup de fièvre dans la nuit, qui a été très-mauvaise. Il y a un accès à quatre heures. Il sort beaucoup de pus par les ouvertures des drains. A l'endroit où l'on avait fait la piqûre hypodermique, il s'est formé de nouveau une poche pleine de pus et de gaz qu'on évacue par de grands lavages antiseptiques.

A la contre-visite, le malade éprouve des douleurs dans le côté gauche et tousse beaucoup. A l'auscultation, on trouve aux deux bases des râles humides que M. Dubrueil attribue à des abcès métastatiques, dus à l'infection purulente. L'accès reparait à six heures.

1^{er} novembre. L'état du malade est très-grave. On fait des lavages antiseptiques dans l'abcès du grand pectoral et dans celui de la joue gauche qu'on panse au Lister. On suspend le sulfate de quinine et on donne, à titre d'antiputride, une potion avec :

Acide phénique.....	1	gramme
Salicylate de soude.....	4	—

Il y a de la matité à la base des deux poumons où l'on entend très-nettement des bouffées de râles humides.

2 novembre. Nuit très-mauvaise; malade très-abattu. Son état est très-grave. Il a eu un accès le matin à huit heures. Il a une hémorrhagie de la dentaire inférieure. Lavages et pansements de Lister. Il tousse beaucoup, la respiration est gênée, la matité a augmenté; on entend toujours des râles humides et même du souffle. On continue la potion antiseptique. L'accès reparait le soir à cinq heures.

3. L'état du malade est singulièrement aggravé; la gêne de la respiration est énorme. Lavages, pansements de Lister. Potion antiseptique.

Le malade succombe dans l'après-midi.

OBSERVATION III.

Névralgie du nerf dentaire inférieur droit, datant d'un an et demi. Section du nerf avant son entrée dans le canal dentaire. Guérison immédiate. Cette femme, âgée de 38 ans, est entrée dans la salle Sainte-Madeleine, N° 2, à Saint-Antoine, le 25 juillet 1875.

Il y a dix-huit mois environ (janvier 1875), le matin en se lavant le visage, elle éprouva, sans cause appréciable, une douleur obtuse dans la partie inférieure de la joue droite. Elle n'attacha, le premier jour, aucune importance à cette douleur qui était supportable.

Le lendemain, elle éprouva de véritables crises névralgiques; le moindre contact, souvent même le moindre mouvement, provoquait une douleur très-vive, partant de la partie droite de la commissure des lèvres et s'irradiant du côté de l'oreille. La malade compare cette douleur à un éclair rapide.

L'intensité de ces douleurs présentait quelques intermittences. La malade fut soumise, pendant l'année 1875, à des médications antinévralgiques très-variées, qui agirent peu, si ce n'est vers le mois de décembre 1875; elle eut alors quelques semaines de mieux.

Mais bientôt les douleurs redevinrent beaucoup plus vives; le moindre attouchement, l'action de parler, de porter un verre à sa bouche, la mastication, amenaient des paroxysmes douloureux qui s'irradiaient le long de la mâchoire inférieure, jusque profondément en avant dans l'oreille. La douleur ressemblait à une brûlure vive et passagère. Au moment des accès qui duraient d'une à deux minutes, la sécrétion salivaire du côté correspondant était exagérée ainsi que la sécrétion nasale.

La malade, accablée par des douleurs, ne pouvant manger qu'avec de grandes appréhensions, s'amaigrissait de jour en jour et vint demander le secours de la chirurgie, car elle avait épuisé tous les moyens médicaux usités en pareil cas, mais inutilement.

25 juillet. Le jour de la rentrée et les jours suivants on constate les symptômes fonctionnels que nous venons de décrire, et voici les points principaux qu'il est bon d'ajouter :

L'on touche légèrement, par chatouillement surtout, la partie de la joue qui est située à un centimètre de la commissure et dont l'étendue équivaut à une pièce de deux francs; aussitôt la malade pousse un cri en se reculant vivement. Elle appuie sur la partie douloureuse pour calmer l'accès et elle nous dit que la douleur persiste encore quelque temps dans la mâchoire et au devant de l'oreille profondément.

La pression forte faite d'emblée à ce niveau ne provoque aucune douleur.

Les dents du côté correspondant sont ou paraissent saines, elle n'en a jamais souffert.

Cependant, quand elle pratique la mastication de ce côté.

ou qu'elle introduit de l'eau froide à ce niveau, elle éprouve souvent une douleur analogue, mais moins vive, qui s'irradie le long du maxillaire inférieur.

Si on recherche la cause de cette névralgie, on peut invoquer l'anémie de longue durée dont cette femme est atteinte et qui n'a fait que s'exagérer à cause de la difficulté d'une alimentation régulière.

Elle travaille dans une fabrique de cirage, où elle fabrique les boîtes. Quoiqu'elle prétende ne jamais se servir de plomb, ses gencives présentent un léger liséré qui semble indiquer l'emploi de cette substance, cependant elle n'a jamais eu d'accidents plombiques.

Palpitations, souffle cardiaque, souffle dans les vaisseaux du cou, pâleur des conjonctives, règles irrégulières et peu abondantes, tels sont les principaux symptômes généraux. En présence de ce fait, il était utile de savoir nettement si nous avions affaire à une névralgie simple du nerf dentaire inférieur droit, d'origine périphérique.

La névralgie était bien d'origine périphérique, puisqu'il n'y avait jamais eu d'accidents cérébraux concomitants et la pression sur le nerf diminuait ou faisait disparaître la douleur.

On sait que ce dernier caractère est important pour différencier les névralgies d'origine périphérique ou tenant à une affection du nerf lui-même, d'une névralgie d'origine centrale.

Toute l'étendue du nerf était atteinte, puisque, non seulement le nerf mentonnier était l'origine des douleurs, mais aussi parce que le contact des aliments et de l'eau froide avec les dents provoquait des douleurs vives.

Enfin, la névralgie était bien localisée au dentaire inférieur, puisque les quelques symptômes éloignés, exagération de la salive et des sécrétions nasales, pourraient s'expliquer facile-

ment par des actes réflexes, à cause des connexions et anastomoses du nerf dentaire.

En présence de ces conclusions et de la persistance d'une affection qui menaçait les jours de la malade, je lui proposai de faire la section du dentaire inférieur par la bouche.

La malade n'hésita pas un instant, trop heureuse, disait-elle, qu'on pût lui faire espérer la guérison.

Opération. — Le 1^{er} août, je pratiquai donc l'opération de Michel (de Nancy).

On sait que cette opération a pour but de couper le nerf dentaire à côté de l'épine de Spix avant son entrée dans le trou dentaire du maxillaire inférieur.

La malade n'ayant pas voulu être endormie, je la plaçai sur une chaise devant une fenêtre et j'introduisis dans la bouche un bâillon double qui, abaissant la langue, me donnait suffisamment de place et de lumière.

Une incision verticale, allant de la molaire supérieure à la molaire inférieure, coupa la muqueuse et les couches sous-jacentes jusqu'au bord antérieur du tendon du temporal.

Abandonnant alors le bistouri, je décollai avec le doigt et la sonde cannelée, de façon à pénétrer entre le ptérygoïdien interne et l'apophyse coronoïde recouverte du temporal. Le second temps fut assez pénible, car l'espace était fort étroit et malgré les écarteurs que j'avais placés de chaque côté des lèvres de l'incision, mon doigt était très-serré.

Enfin, avec de la patience, je parvins à sentir l'épine de Spix à nu, j'étais donc sur le nerf, il s'agissait de le couper.

Mais la plaie était profonde, puisque toute la phalange unguéale et un peu de la seconde phalange de l'index pénétraient avant de sentir l'épine. Aussi était-il impossible, malgré l'emploi des éponges et de l'irrigation d'eau froide, de voir le fond de la plaie.

Je dus renoncer à prendre le nerf avec un crochet et surtout à faire la résection, comme le conseillent quelques auteurs.

Ayant donc le doigt sur l'épine, je cherchais avec un ténotome mousse à couper sur la face interne du maxillaire le nerf et l'artère.

Mais mon doigt était tellement serré que je dus, après plusieurs tentatives, renoncer à ce projet.

Pendant que l'écartement des mâchoires amenait la tension du muscle ptérygoïdien interne et resserrait beaucoup la plaie, j'enlevai le bâillon.

Introduisant alors le doigt, je sentis qu'il pénétrait plus facilement, je pus glisser le ténotome et couper exactement sur la branche montante, au-dessus de l'épine, sans aller trop en arrière ou en dedans, de peur de comprendre le lingual dans la section. Au moment où je pratiquais cette manœuvre, la malade poussa un léger cri et il sortit dans la bouche un léger flot de sang.

Le nerf était coupé, ce qu'il fut facile de constater en explorant sa sensibilité et la malade elle-même se sentit soulagée, car l'attouchement de la joue ne la faisait plus souffrir.

Le lendemain de l'opération on a pu constater avec soin que la sensibilité au toucher, à la température et à la douleur était abolie dans toute la région du menton qui s'étend à droite de la ligne médiane, jusqu'à une ligne verticale passant par la commissure du même côté.

Les jours suivants la malade eut une fluxion très-douloureuse qui envahit la partie de la joue située au niveau du siège de l'opération. Cet état dura trois ou quatre jours durant lesquels la mastication fut très-difficile. Puis la malade sortit de l'hôpital presque guérie de son phlegmon, mais avant qu'on put explorer de nouveau sa sensibilité, ce qui avait été impossible pendant la période de l'inflammation de la joue.

Elle sortit de l'hôpital le 6 août.

Depuis sa sortie, j'avais eu des renseignements sur son état qui était très-bon; mais désirant la revoir après un temps assez long, je priai la malade de venir me voir à l'hôpital Saint-Antoine, où elle se rendit le 18 novembre.

Voici l'état dans lequel elle se trouvait, état qui fut constaté par tous les élèves de service, trois mois et demi après l'opération.

Ce qui nous frappa principalement à la vue de cette femme, ce fut l'apparence de santé prospère qu'elle présentait, et qui différait tellement de l'anémie profonde qu'elle offrait à son entrée dans le service.

N'ayant depuis l'opération ressenti aucune espèce de douleur, elle n'accusait qu'un léger prurit survenant parfois dans la partie de la joue qui correspond au nerf coupé, mais sans y attacher de l'importance.

Le châouillement léger est un peu moins net au niveau de la partie anesthésiée après l'opération. Mais il est parfaitement senti, quelque léger qu'il soit, il lui semble seulement qu'il y a un linge mince interposé entre le doigt et la peau, quand elle compare la sensation à celle perçue du côté gauche.

Le contact du froid et de la chaleur [donne également une sensation distincte, mais moins nette que de l'autre côté, comme si on mettait un corps intermédiaire peu épais.

Il en est de même de la piqure avec une épingle qui donne en outre une sensation étrange de fourmillement que la malade ne saurait définir.

La pression un peu ferme donne des résultats analogues. Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que la partie où les sensations sont ainsi perversées ne commence pas sur la ligne médiane, mais bien à un centimètre du côté droit. Elle a l'étendue d'une pièce de 2 fr.

Enfin, le centre de cette zone semble présenter ces troubles

de sensibilité d'une façon plus accentuée que les parties périphériques.

Si on examine la langue, on constate aussi que la sensibilité et le goût sont un peu diminués du côté droit vers la pointe, mais sans que la malade en soit aucunement gênée. Il est difficile de savoir si le nerf lingual a été atteint durant l'opération, à cause de son voisinage avec le nerf dentaire, s'il a été simplement comprimé par la cicatrice de la lésion opératoire, ou si enfin ce trouble léger n'est que le résultat de l'abolition des anastomoses que le dentaire envoie normalement au lingual.

Cas de M. Terrillon, chirurgien des hôpitaux, *in Bulletin de thérapeutique* (1876).

OBSERVATION IV.

Sur un cas de tic douloureux de la face, datant de vingt-huit ans et guéri par le bromure de potassium, par le Dr Peter, professeur-agrégé et médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Le nommé C..., Arsène, âgé de 62 ans, bonnetier, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 6 septembre 1876, salle Saint-Antoine, N° 12.

Le malade nous déclare que, depuis plus de 25 ans, il souffre de douleurs intolérables dans la moitié gauche de la face, et principalement sur le front, la joue et la mâchoire inférieure. Depuis dix-huit jours, les douleurs ont une intensité telle qu'il n'a pu prendre aucun repos, ni faire aucun travail. La maladie, dont le début remonte au mois de mai de l'année 1848, survint brusquement, sans cause appréciable; le malade, alors âgé de 34 ans, avait toujours joui d'une excellente santé; il en était de même de sa famille, chez laquelle on ne trouvait aucune trace de névralgie, ni d'affection nerveuse d'aucune nature.

Au début, les douleurs furent d'abord localisées à la tempe du côté gauche; elles survenaient brusquement, traversant la région comme un éclair et durant à peine quelques secondes. Elles revenaient huit à dix fois dans le jour et la nuit, mais se montraient principalement le matin. En dehors de ces crises, le malade était bien portant. Ces douleurs persistèrent ainsi pendant une quinzaine de jours, puis disparurent peu à peu sans que le malade ait eu recours à aucun traitement. Cette période de calme durait depuis plus de trois mois, quand le malade fut repris brusquement de douleurs nouvelles. Cette seconde crise fut beaucoup plus pénible que la première; les douleurs localisées, d'abord à la région temporale gauche, avaient envahi peu à peu la moitié gauche du front, l'orbite, la joue et la région auriculaire. Comme la première fois, elles revenaient par accès brusques, sans être annoncées par aucun malaise, traversant rapidement ces différentes régions et produisant une sensation de brûlure ou d'arrachement; en outre, les accès devenus plus fréquents, se renouvelaient près de cinquante fois dans une journée.

Un médecin, consulté, prescrivit du sulfate de quinine et de petits vésicatoires sur la tempe. Ce traitement suivi ponctuellement, ne procura aucun soulagement; les douleurs persistèrent pendant plus d'une année revenant chaque jour sous forme d'accès fréquents. Elles disparurent ensuite pendant quelques mois pour reparaitre après. Plus de vingt années se passèrent ainsi, une période de calme succédant à une période de crise, ainsi de suite.

Durant ce long espace de temps, le malade est entré quatre fois dans différents hôpitaux de Paris. Partout le traitement fut le même: révulsifs, injections de chlorhydrate de morphine, sulfate de quinine, partout même insuccès. Avec l'âge, les accès douloureux sont devenus pour ainsi dire permanents, et depuis trois ans environ, il ne se passe pas de jours sans que

les accès douloureux reviennent plus de cinquante fois. Bien plus, depuis dix jours, l'état du malade s'est considérablement aggravé ; il a plus de cent crises par jour ; il a perdu complètement le sommeil et est dans une agitation continuelle. Pressé par sa femme d'entrer de nouveau à l'hôpital, il s'y est d'abord refusé, découragé par l'impuissance des traitements qu'il avait suivis pendant ses séjours antérieurs ; néanmoins, conseillé par un médecin, il se décide à rentrer et à venir demander des soins à l'hôpital ; quand nous voyons le malade, son aspect est vraiment lamentable ; il est dans le découragement le plus profond et nous déclare qu'il est décidé à mettre fin à ses jours si nous ne pouvons améliorer son état. Pendant qu'il nous raconte avec beaucoup d'intelligence les détails qui précèdent, il est pris devant nous, dans l'espace d'une demi-heure, de près de vingt crises : toutes sont absolument semblables.

Brusquement au milieu de la conversation, on voit toute la moitié gauche de la face se contracter violemment ; la commissure labiale est fortement tirée à gauche, le front se plisse et la paupière supérieure s'abaisse, puis le malade porte vivement la main sur la joue ou la mâchoire inférieure et les comprime fortement, ou bien il les frotte avec une vigueur extrême ; la face a l'aspect grimaçant ; la bouche est largement ouverte et la langue à demi projetée au dehors ; le malade pousse des gémissements sourds et se balance la tête avec les mains. Cette crise dure quelques secondes à peine ; le malade redevenu calme reprend son récit jusqu'à ce qu'une crise nouvelle vienne encore l'interrompre.

La douleur, ainsi que nous l'avons dit, occupe la moitié gauche du front, la joue et la moitié du maxillaire inférieur du même côté. La moitié droite n'est pas et n'a jamais été le siège de ces accès.

En dehors des crises, la région n'est pas douloureuse, il n'y a pas d'hyperesthésie cutanée ; ajoutons qu'il n'y a pas d'atrophie

des muscles de la face du côté gauche, et que les deux moitiés de cette face sont parfaitement symétriques.

En explorant avec le doigt la région douloureuse, il est facile de voir que la moindre pression sur les points d'émergence du trijumeau (points sus et sous-orbitaires, points mentonniers) provoque une douleur aiguë, suivie d'une crise qui semble encore plus vive que de coutume.

La douleur, qui a son siège maximum aux endroits que nous avons signalés, présente en outre des irradiations jusque dans les dents enchassées sur le maxillaire inférieur; de même la moitié gauche de la langue est le siège d'une vive sensation de brûlure pendant les accès de la face; enfin, la moitié gauche du cuir chevelu et la région auriculaire sont à des degrés moindres le siège de sensations douloureuses. Un rien suffit pour provoquer une crise, une émotion, un courant d'air, un bâillement ou même le moindre mouvement que fait le malade dans son lit. Durant ces dix derniers jours, il s'est nourri exclusivement de soupe et de potage, pour ne pas provoquer de mouvement de mastication; de même dans la peur de faire naître un accès, il a évité de se laver la figure et de se faire raser.

Notons ce point : depuis un an, une seule chose calmait ses douleurs, l'ivresse alcoolique; aussi le malade, nous avoue-t-il, les larmes aux yeux, qu'il en était réduit à se griser pour se procurer quelques soulagements; il avait ainsi quelquefois une journée ou une demi-journée de répit pendant lesquelles il reprenait son travail.

En présence des signes que nous venons de décrire, nous portons le diagnostic : tic douloureux de la face, ou mieux névralgie épileptiforme, ainsi que Trousseau avait dénommé cette affection rebelle contre laquelle il administrait à ses malades jusqu'à 4 grammes de sulfate de morphine, ou, dans un autre cas, 15 grammes d'extrait thébaïque.

Le 13 septembre. Trois ou quatre jours après l'emploi du

bromure de potassium, les douleurs avaient complètement disparu. Aucune crise ne s'est manifestée, les mouvements de mastication se font sans provoquer la moindre gêne.

Le 26 septembre. Le malade quitte l'hôpital complètement guéri. Il continuera le traitement de la façon suivante :

Pendant le 1^{er} mois, il prendra : 6 gr. de bromure par jour.

— le 2^{me} — 4 gr. — —

— le 3^{me} — 2 gr. — —

Cas de M. Peter. (*In Bull. thérapeutique*).

OBSERVATION V.

Névralgie de la face avec glaucôme. Section du sous-orbitaire. Guérison. — Abadie (*Gaz. des Hôp.*, 1872).

OBSERVATION VI.

Névralgie épileptiforme du nerf maxillaire inférieur, résection. Guérison. — Denucé (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1871).

OBSERVATION VII.

Névralgie épileptiforme de la face : section des nerfs nasal interne et nasal externe. Guérison. — Oré (*Lyon médical*, 1875).

OBSERVATION VIII.

Névralgie sus-orbitaire avec phénomènes de voisinage du

côté de l'œil, consécutive à une dent gâtée. Extraction de la dent. Guérison. — (*Gaz. des Hôp.*, 1876).

OBSERVATION IX.

M. Polaillon guérit une névralgie faciale des nerfs sus et sous-orbitaires, lingual et surtout dentaire inférieur par l'élongation du maxillaire inférieur. — (*Gaz. des Hôp.*, 1881).

OBSERVATION X.

Tic douloureux du côté gauche de la face et de la langue, datant de cinq ans. Elongation du lingual. Guérison. — (*Le Dentu*).

OBSERVATION XI.

Tic douloureux du côté droit de la face, les trois branches du trijumeau sont atteintes. Elongation du dentaire inférieur. Guérison. — (Polaillon). Il a trépané l'os maxillaire inférieur, a chargé le nerf sur un crochet et l'a attiré en dehors à un centimètre et demi.

CHAPITRE VIII.

TRAITEMENT.

La névralgie trifaciale a fait le désespoir des médecins autant que celui des malades par sa résistance à tous les traitements, du moins dans les cas graves qui faisaient dire à Trousseau que pendant une pratique de 36 ans, il ne l'avait jamais vu guérir une seule fois sans retour. Beaucoup de médecins ont cependant employé avec succès certaines médications, mais vu la diversité des causes de la maladie, aucun remède ne peut être élevé à la hauteur d'une méthode.

Les antipériodiques (quinine et arsenic) combattront avec succès les cas dans lesquels l'intoxication paludéenne aura déterminé la névralgie. Si la syphilis est en cause, le traitement spécifique réussira à merveille (Obs. I). Lorsque la névralgie éclatera chez des malades atteints de nervosisme héréditaire, les sédatifs en auront raison. Quand l'anémie aura provoqué la maladie, on se trouvera très-bien des reconstituants et des toniques. Si elle est due, par sympathie, à un corps étranger ou à une dent lésée, on fera disparaître la douleur en faisant disparaître la cause qui l'entretient. A la prosopalgie causée par le froid, on opposera les saignées, les vésicatoires et les purgatifs comme moyen de dérivation. Lorsque la cessation d'un flux physiologique ou pathologique a causé la névralgie, on la fait disparaître en ramenant le flux à sa place indiquée.

Mais les causes sont souvent difficiles à saisir, souvent elles sont complexes, quelquefois même dans les cas où elles paraissent

sent bien nettement précises, le traitement diathésique ne guérit pas la névralgie ou bien la guérison se fait attendre. Or, puisque la douleur est le principal symptôme de la névralgie faciale, n'est-il pas naturel de la combattre, même avant d'en chercher la cause ? Cette indication est la première qui se présente à l'esprit et elle est suffisante quand elle est bien remplie.

Les médecins ont épuisé le vaste répertoire des médicaments qui ont une action sédative sur le système nerveux et en tête desquels se place à bon droit le groupe des opiacés. On les a administrés sous toutes les formes.

L'opium a donné de bons résultats, d'autant plus qu'il est très-bien supporté par cette catégorie de malades. Trousseau n'a eu qu'à s'en louer, il faut le donner à hautes doses et les augmenter encore à mesure que l'accoutumance s'établit chez le malade.

La morphine et ses sels ont réussi souvent; on les a administrés, soit par ingestion, soit par méthode endermique, soit par injection hypodermique. La belladone a été employée heureusement soit en pilules de 1 centigr. d'extrait, soit en frictions sur la peau de la partie douloureuse. On commence par une pilule par jour jusqu'à ce que les phénomènes de saturation se fassent sentir. Il ne faut pas trop prolonger son usage. On a même employé en cataplasmes la pulpe de racine de belladone (Delcan et Double 1833).

Le *datura stramonium* a souvent calmé la névralgie. Trousseau et Pidoux recommandent de l'employer surtout à l'extérieur, en frictions ou en emplâtres, en onguents, en cataplasmes. On se sert surtout de l'extrait alcoolique.

La jusquiame a été préconisée pendant longtemps, elle entre avec la valériane, sous forme d'extrait et l'oxyde blanc de zinc dans les fameuses pilules de Méglin qui ont été regardées comme un spécifique de la prosopalgie: chaque pilule contient 5 centigr. de ces trois substances. On commence par deux et

l'on augmente progressivement jusqu'à ce que les vertiges viennent signaler l'intolérance; on arrive ainsi jusqu'à 10 ou 12 pilules par jour.

L'aconit a été souvent utile. L'aconitine est dangereuse et doit être employée prudemment en pilules, en pommade ou en teinture: les pilules (Turnbull) sont ainsi composées: aconitine 5 centigr.; poudre de réglisse 1 gramme; sirop de réglisse quantité suffisante: pour 5 pilules. La teinture contient: aconitine 1 gramme; alcool rectifié 8 grammes. La pommade est formée avec: aconitine, 6 centigr., axonge 4 grammes, pour trois jours.

Le valérienat de zinc, à la dose de 10 à 25 centigr. par jour, est regardé comme un remède puissant, en Italie surtout. Il a été employé aussi en France où on lui a associé la jusquiame et l'opium.

Les cyaniques ont rendu quelques services; le cyanure de potassium est utile en applications extérieures. On se sert d'une solution assez forte: 1 gramme de sel pour 80 d'eau distillée. On en imbibé une compresse qu'on applique sur la partie douloureuse. Il faut surveiller ses effets irritants.

Le bromure de potassium, quoiqu'en dise M. Jaccoud, peut rendre de bons services (obs. I et III). Il va sans dire que son utilité est incontestable dans les cas où l'épilepsie serait la cause des douleurs.

Le chloroforme administré en inhalations ou en pulvérisations comme réfrigérant, ou bien en topique comme irritant, calme très-bien les douleurs pendant quelques instants. Cazenave l'associe au cyanure de potassium dans une pommade qui réussit aussi très-souvent.

L'éther a été aussi employé avec succès, comme le chloroforme, mais son résultat est de courte durée. On a obtenu des résultats très-louables par la pommade suivante: éther chlo-

rhydrique chloré 6 grammes, axonge 30, employée en frictions ou en applications.

Guérard (1852) rapporte un cas où le collodion a réussi complètement.

Les vésicatoires sont très-utiles.

On a souvent administré avec avantage l'huile essentielle de térébenthine, le valérianate et le chlorhydrate d'ammoniaque ; le nitrite d'amyle a souvent réussi, employé en inhalation.

L'acupuncture et l'électro-puncture ont été efficaces dans beaucoup de cas.

L'électricité conseillée déjà par Magendie, par Thouret, par Pujol (de Castres) a donné des succès surtout depuis les travaux de Duchenne (de Boulogne) (obs. II). Les courants constants ont réussi mieux que les courants induits. Mais c'est un remède très-douloureux (obs. II).

La chaleur procure quelque soulagement, surtout lorsque le malade est très-affaibli.

Les caustiques et le fer rouge (Valleix) sont entrés largement et souvent avec succès dans le traitement de la névralgie faciale. La cautérisation de l'hélix a été pratiquée avec avantage dans beaucoup de cas rebelles.

L'hydrothérapie a guéri beaucoup de malades. Il faut signaler aussi les injections hypodermiques d'eau pure qui ont donné quelques résultats surtout entre les mains de Bell, Bonnemaïson (de Toulouse).

Dezeimeris (1837) employa la compression de la carotide du côté malade : ce moyen avait été préconisé avant lui en France par Rayer et Sestier et en Angleterre par Parry. Ce moyen est très-pénible pour les malades et très-redouté par leur entourage.

Plusieurs médecins, et Trousseau en particulier, se sont bien trouvés de la section de l'artère temporale, même dans les névralgies symptomatiques de lésions très-graves.

Lafargue (de Saint-Émilien) a introduit dans la thérapie-

tique un moyen qui est souvent utile, il consiste à tremper le bout d'une lancette dans une solution saturée de sels d'atropine ou de morphine et à l'introduire immédiatement sous l'épiderme. D'après Trousseau, « il y a dans ce procédé une double » action ; une irritation produite par la piqure de l'instrument » et par les papules qui en sont la conséquence, et une influence » sédative incontestable. »

Le traitement de la névralgie faciale a beaucoup bénéficié de la méthode des injections hypodermiques, qui se sont généralisées à tel point, qu'elles sont quelquefois un danger pour les malades sujets à ce genre d'affections.

Un médecin américain, Hullihan, dans les cas de névralgie du nerf maxillaire supérieur, a employé avec succès les injections de nitrate d'argent dans le sinus maxillaire où il arrive en perforant soit une alvéole dentaire soit le plancher. Il n'est pas besoin d'insister sur ce procédé qui est très-douloureux.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — La longue énumération des moyens thérapeutiques qu'on a successivement employés contre la névralgie de la face suffit pour prouver la difficulté qu'il y a à la guérir. Sans doute, il y a eu des succès même très-nombreux ; mais il est malheureusement des cas qu'aucun de ces médicaments n'a pu modifier. Ces cas sont principalement ceux où les douleurs sont accompagnées de convulsions réflexes. La médecine dans ces circonstances ne doit pas s'avouer vaincue, il est du devoir d'un clinicien de chercher à soulager ses malades, et la dernière ressource à laquelle il puisse et doive avoir recours c'est la destruction du nerf qui est le siège des douleurs. Encore faudra-t-il que la solution de continuité soit faite entre le cerveau et le point de départ de la névralgie.

Névrotomie. — Ayant remarqué que chaque fois qu'un nerf était interrompu dans son trajet par une cause quelconque, la

sensibilité disparaissait, les médecins furent amenés de bonne heure à couper les nerfs lorsque ceux-ci étaient le siège de douleurs. Galien parle déjà des bienfaits de la section des nerfs, dans les névralgies intenses, et à une époque plus rapprochée de nous, Nuck employa aussi ce procédé. André obtint des résultats heureux qu'il dut à la névrotomie, dont on ne compte plus aujourd'hui les succès.

Nous ne saurions mieux défendre la névrotomie qu'en rapportant l'opinion de M. Létievant à ce sujet: «On regarde la » névrotomie comme une opération difficile, infidèle, dangereuse, mortelle même et applicable seulement aux névralgies » d'origine périphérique..... Les difficultés peuvent être sur- » montées par des procédés opératoires bien précis.

» Elle n'est pas aussi infidèle qu'on le suppose; si, en effet, » on coupe le nerf assez haut et si on divise tous ceux indiqués » par l'observation, on n'aura plus d'insuccès. Quant aux réci- » dives, il faut les combattre par de nouvelles névrotomies, comme » on combat par des nouvelles opérations les nécroses ou les » tumeurs qui récidivent. Cette opération n'est pas plus dan- » gereuse qu'une plaie insignifiante quelconque. S'il y a eu des » accidents mortels dans quelques cas isolés, cela doit être le » résultat de conditions particulières ou individuelles. Il faut » prendre des précautions, opérer quand la névralgie est intense » et rebelle.»

Réséction d'une partie du nerf. — Souvent les nerfs sectionnés se sont soudés de nouveau et ont donné lieu à des récidives. Aussi, de bonne heure, les chirurgiens virent la nécessité qu'il y a pour prévenir les rechutes d'empêcher la régénération des nerfs. Bérard, Sédillot, Jules Roux, Beau, Carnohan, Linhart (de Wuazbourg), Langenbeck (de Berlin), Roser, Wagner, Warren ont réséqué avec succès une certaine portion des nerfs atteints d'hyperesthésie.

Cautérisation des nerfs. — Après la résection et comme mesure de précaution, on a cautérisé les deux bouts du nerf. Boyer était très-partisan de ce procédé, qui a valu des succès fort remarquables à Nèlaton et à Hergott (de Strasbourg) dans des cas excessivement rebelles.

Élongation des nerfs. — Le Dr Nussbaum (de Munich) a introduit dans la pratique un procédé qui consiste à mettre à nu les nerfs, à les amener à la superficie de la plaie, et à exercer sur eux de fortes tractions, tantôt vers le centre, tantôt vers la terminaison. Cette méthode a trouvé beaucoup d'ennemis, bien qu'elle ait été suivie de succès dans quelques cas. M. le professeur Vulpian prétend que la distension seule est insuffisante, et il broie le nerf entre les mors d'une pince, après l'avoir distendu. Dans une des dernières séances de la *Société de chirurgie*, M. Le Dentu parle de ce procédé en ces termes :

« Dans ce cas où la névralgie épileptiforme siège dans un » département nerveux bien circonscrit, la résection de la » branche principale peut suffire, sauf réserve pour les réci- » dives éloignées, mais lorsque plusieurs des grosses branches » de la face sont le siège des douleurs, il est peut-être préfé- » rable de recourir à un moyen capable d'agir non seulement » sur le nerf qu'on étire, mais à distance, sur d'autres nerfs » restés totalement en dehors des manœuvres opératoires. »

Il nous paraît rationnel, comme l'a fait M. le professeur Dubrueil, de combiner les résultats de la section et de l'élongation. La section est destinée à faire disparaître les douleurs d'un nerf qui est un foyer douloureux, et l'élongation de ce même nerf agit sur les autres branches où les douleurs vont se répercuter.

CONCLUSIONS.

1° La névralgie faciale est généralement une maladie excessivement grave.

2° Tous les traitements médicaux employés contre elle se bornent trop souvent au rôle de palliatifs et ne méritent généralement qu'une confiance très-limitée, excepté les cas où la nature diathésique de la maladie réclame un traitement spécifique qui alors est toujours efficace, surtout si, comme l'a fait M. le professeur Combal, on donne en même temps des sédatifs.

3° Les moyens chirurgicaux, tels que la section, la résection, sont eux aussi en défaut, mais moins souvent que les précédents. On ne les emploiera que dans les cas rebelles et intenses, après avoir essayé sans succès les moyens thérapeutiques les plus usités, car ils ne sont pas sans danger. Le but que poursuivra le chirurgien, s'il fait la névrotomie, c'est d'empêcher la cicatrisation des bouts sectionnés. Ainsi il préviendra à peu près sûrement toute récurrence.

4° L'élongation est préférable à la névrotomie, surtout lorsque plusieurs branches nerveuses sont atteintes, car elle dispense de porter le bistouri sur chacune d'elles en particulier.

FIN.

Vu bon à imprimer :

Le Doyen,
J. BENOIT.

Permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu :

Le Président censeur,
DUPRÉ.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

Auxquelles le Candidat doit répondre verbalement

[en exécution de l'Arrêté du 22 mars 1842.]

Chimie Médicale et Pharmacie.

La cause de la fermentation de l'urine et les produits de cette fermentation.

Physique Médicale.

Application de l'électricité en médecine.

Botanique et Histoire Naturelle Médicale.

Donner les caractères des vers intestinaux rubanaires.

Anatomie.

Texture de la matrice à l'état de vacuité et pendant la grossesse.

Anatomie pathologique et Histologie.

Du cancer de l'utérus.

Physiologie.

Des fonctions de l'ovaire.

Pathologie Médicale ou Interne.

Quelles sont les causes des palpitations du cœur.

Pathologie Chirurgicale ou Externe.

Du régime des opérés.

Thérapeutique et Matière Médicale.

De l'ergot de seigle et de sa médication.

Opérations et Appareils.

De l'hystérométrie et du cathétérisme utérin.

Médecine légale et toxicologie.

De l'empoisonnement par les champignons.

Hygiène.

De l'endurcissement au froid.

Accouchements.

Quelles sont les influences de l'avortement sur l'avenir de la femme.

Clinique Interne.

Caractères cliniques de l'asthme.

Clinique Externe.

Indications de la lithotricie.

Clinique des maladies mentales et nerveuses.

De la lipémanie suicidique.

Titre de la Thèse à soutenir.

Contribution à l'étude de la névralgie faciale.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
